



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BEM-ESTAR E ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS
ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR MILITAR E NÃO
MILITAR: O PAPEL DA LITERACIA EM SAÚDE E
UTILIZAÇÃO DAS REDES SOCIAIS

Dissertação apresentada à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Psicologia do Bem-estar e Promoção da Saúde

Por

Beatriz Ferreira de Matos

Faculdade de Ciências Humanas

Novembro 2020



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

ENSINO SUPERIOR MILITAR E NÃO MILITAR: BEM-
ESTAR, REDES SOCIAIS, ESTILOS DE VIDA
SAUDÁVEIS E LITERACIA EM SAÚDE

Dissertação apresentada à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Psicologia do Bem-estar e Promoção da Saúde

Por

Beatriz Ferreira de Matos

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação da Professora Doutora Rita Francisco

Novembro 2020

Agradecimentos

Primeiramente começo por agradecer à professora Doutora Rita Francisco, por me ter orientado, pela paciência e simpatia durante todo este processo;

A todos os professores da licenciatura e do mestrado que me ajudaram a crescer e que me inspiraram ao longo de todos estes anos de ensino;

Aos meus pais, um agradecimento muito especial, por me apoiarem incondicionalmente, por estarem presentes nas minhas conquistas e derrotas, e por me permitirem realizar este sonho;

Aos meus avós José e Henriqueta, pelo amor, carinho e por estarem sempre ao meu lado, nos bons e maus momentos;

Ao meu irmão, pelo carinho, amizade e apoio ao longo de todos estes anos da minha existência;

À minha amiga Bia, por ter estado sempre lá para mim, por me ouvir quando mais preciso, por me aclamar e apoiar em todas as minhas dúvidas, receios e vitórias;

Às minhas queridas amigas Catarina e Cris por todos os momentos incríveis que vivemos desde a licenciatura e pelo apoio incondicional ao longo destes anos;

À Bia e à Joana, as minhas queridas madrinhas que tive o privilégio de conhecer na faculdade, por todo o apoio, amizade e prontidão em ajudar-me;

À Ana Lúcia e Juliana pela amizade, companheirismo e por todo o apoio ao longo do mestrado;

Ao meu namorado por todo o apoio incondicional, pela disponibilidade em ajudar-me sempre, pelo carinho e paciência em ouvir-me.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram
conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

Resumo

Os adultos emergentes caracterizam-se como uma população única de estudo, pois o seu bem-estar é tipicamente influenciado e moldado à medida que entram num período de transição, como a entrada no ensino superior. Por outro lado, atualmente vivemos numa sociedade industrializada em que através da tecnologia temos acesso a toda a informação. Os adultos emergentes vivem em constante ligação com a mundo virtual, tendo este cada vez mais impacto no desenvolvimento destes jovens e no seu estilo de vida. Dado o potencial aumento de comportamentos de risco com a entrada na universidade, é fundamental fomentar a literacia em saúde para diminuir os comportamentos de risco que têm uma grande influência na saúde. Como tal, a presente investigação teve como objetivo principal compreender de que forma a literacia em saúde, a literacia em saúde digital e a utilização das redes sociais se relacionam com os estilos de vida e o bem-estar de estudantes do ensino superior militar e civil. Participaram no estudo 356 estudantes do Ensino Superior, sendo 233 da Academia Militar (65,4%) e 123 estudantes de 25 instituições de ensino superior não militar (34,6%), com idades compreendidas entre 18 e 30 anos ($M = 21,13$, $DP = 1,84$), sendo 67,1% do sexo masculino. Os participantes preencheram um conjunto de instrumentos de autorrelato sobre as variáveis em estudo. Os resultados demonstram que 30,7% apresenta níveis problemáticos ou inadequados de literacia em saúde e 66% níveis suficientes e excelentes. A literacia em saúde digital correlacionou-se negativamente com a doença crónica e positivamente com os comportamentos de saúde saudáveis e o menor consumo de tabaco. A literacia em saúde revelou-se um preditor do bem-estar nesta amostra. Os estudantes do ensino militar apresentaram níveis mais elevados na prevenção da doença, na atividade física/associativismo, nutrição e introspeção acerca das suas emoções em comparação com o ensino superior. Estes resultados apresentam-se como pertinentes no âmbito das intervenções com adultos emergentes na promoção da literacia em saúde, estilos de vida saudáveis e bem-estar no contexto do ensino superior.

Palavras-chave: Literacia em saúde, literacia em saúde digital, estilos de vida, bem-estar, redes sociais e adultos emergentes.

Abstract

Emerging adults are characterized as a unique study population, as their well-being is typically influenced and shaped as they enter a period of transition, such as entry into higher education. On the other hand, we currently live in an industrialized society in which, through technology, we have access to all information. Emerging adults live in constant connection with the virtual world, which has an increasing impact on the development of these young people and their lifestyle. Given the potential increase in risky behaviors with entry to university, it is essential to foster health literacy to reduce risky behaviors that have a major influence on health. As such, the present investigation aimed to understand how health literacy, digital health literacy and the use of social networks are related to the lifestyles and well-being of military and civil higher education students. Participated in the study 356 Higher Education students, 233 from the Military Academy (65.4%) and 123 students from 25 non-military higher education institutions (34.6%), aged between 18 and 30 years ($M = 21,13$, $SD = 1,84$), being 67.1% male. Participants filled out a set of self-report instruments on the variables under study. The results show that 30.7% have problematic or inadequate levels of health literacy and 66% sufficient and excellent levels. Digital health literacy correlated negatively with chronic illness and positively correlated with healthy health behaviors and lower tobacco consumption. Health literacy proved to be a predictor of well-being in this sample. Military education students showed higher levels of disease prevention, physical activity/association, nutrition and introspection about their emotions compared to higher education. These results are relevant in the context of interventions with emerging adults to promote health literacy, healthy lifestyles and well-being in the context of higher education.

Keywords: Health literacy, digital health literacy, lifestyles, well-being, social networks and emerging adults.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Introdução.....	1
Capítulo 1. Enquadramento Teórico.....	3
1.1. Bem-estar e estilos de vida saudáveis	5
1.2. Estilos de Vida e Redes Sociais	6
1.3. Literacia em Saúde.....	8
1.4. Literacia em Saúde Digital e Redes Sociais	9
Capítulo II. Metodologia	13
2.1. Mapa conceptual	13
2.2. Participantes.....	14
2.3. Instrumentos.....	15
2.4. Procedimento	17
2.5. Análise de dados	18
Capítulo III. Resultados	19
3.1. Análise descritiva das variáveis em estudo.....	19
3.2. Relação entre as variáveis em estudo	21
3.3. Comparação entre os estudantes do Ensino Superior Militar e Não Militar.....	27
3.4. Análise dos preditores do Estilo de Vida.....	28
3.5. Análise dos preditores de Bem-Estar.....	30
Capítulo IV. Discussão dos Resultados.....	32
4.2. Implicações para a prática.....	38
Capítulo V. Conclusão.....	40
Referências Bibliográficas.....	42

Índice de Figuras

Figura 1. Mapa conceptual do presente estudo	13
---	----

Índice de Quadros

Quadro 1. Análise descritiva das escalas: Literacia em Saúde, Literacia em Saúde Digital, Estilo De Vida, Redes Sociais e Bem-Estar.	19
Quadro 2. Coeficientes de Correlação de Pearson entre as variáveis em estudo por grupo de participantes.....	22
Quadro 2.1. Coeficientes de Correlação de Pearson entre as variáveis em estudo por grupo de participantes.....	30
Quadro 2.2. Coeficientes de Correlação de Pearson entre as variáveis em estudo por grupo de participantes.....	32
Quadro 2.3. Coeficientes de Correlação de Pearson entre as variáveis em estudo por grupo de participantes.....	33
Quadro 3. Estatística descritiva e resultados do teste de diferenças de médias entre o Ensino Superior e o Ensino Superior Militar (n=356).....	27
Quadro 4. Regressão múltipla hierárquica com a variável dependente Estilo de Vida para o Ensino Superior Militar (n=233)	28
Quadro 5. Regressão múltipla hierárquica com a variável dependente Estilo de Vida para o Ensino Superior não Militar (n=123).....	29
Quadro 6. Regressão múltipla hierárquica com a variável dependente Bem-Estar para o Ensino Superior Militar (n=233)	30
Quadro 7. Regressão múltipla hierárquica com a variável dependente Bem-Estar para o Ensino Superior não Militar (N=123).....	31

Índice de Anexos

Anexo A – Consentimento Informado.....	52
Anexo B- Questionários do presente estudo.....	54

Introdução

Nas últimas décadas tem-se assistido a um aumento muito significativo no desenvolvimento tecnológico, o que possibilitou um progresso ao nível científico da saúde e permitiu ultrapassar diversas barreiras como o aumento da esperança média de vida mas, por outro lado, também trouxe diversos desafios como o aumento da prevalência das doenças crónicas (Coyne et al., 2014; Ikpi & Undelikwo, 2019; Sousa, 2009). A abundância de informação presente no mundo digital permite que a informação chegue a mais pessoas, tendo a capacidade de potencializar a literacia em saúde da população, embora esta abundância de informação possa ser prejudicial devido à falta de fidedignidade das informações (Aydm et al., 2015; Estacio et al., 2019; Loureiro et al., 2012; World Health Organization, 2013).

Os jovens adultos vivem em constante ligação à internet, tendo acesso a toda a informação disponibilizada, sendo que as redes sociais dominam cada vez mais o seu tempo de lazer. Sendo este um período de desenvolvimento em que os jovens experimentam diferentes estilos de vida e visões de mundo, bem como diferentes estados psicológicos (Baggio et al., 2017), considera-se também uma fase fundamental para a construção de um estilo de vida que poderá comprometer a sua saúde ao adotarem comportamentos de risco (Arnett, 2000; Negru, 2012; Parisod, 2019). Assim, a literacia em saúde é fundamental para que haja a mudança de comportamentos e a posterior adoção de comportamentos saudáveis (Isabely et al., 2017), bem como o alcance de elevados níveis de bem-estar global a longo prazo, considerando-se a relação estreita entre estilos de vida saudáveis e bem-estar dos indivíduos (Brailovskaia et al., 2020). A literacia em saúde digital é uma extensão da literacia em saúde, acrescentando a dimensão tecnológica. Esta promete ser uma ferramenta potencializadora se os indivíduos possuírem habilidades de literacia funcionais e críticas com a navegação realizada na internet, sendo este um grande desafio e um ponto importante para as intervenções na área da literacia em saúde (Dunn & Hazzard, 2019).

Os adultos emergentes que frequentam o ensino superior encontram-se numa fase de desenvolvimento fundamental que irá determinar grande parte do seu estilo de vida, estando mais suscetíveis à mudança de comportamentos e à adoção de comportamentos de risco. As instituições de ensino superior tornam-se fundamentais para a promoção da

saúde, com o objetivo de capacitar os estudantes para a formação de uma sociedade com níveis elevados de literacia em saúde, evitando doenças como a obesidade, levando à construção de uma sociedade ativa e preocupada com a saúde, tomando decisões mais conscientes (Ansari et al., 2011; Isabely et al., 2017; Precioso, 2004; Reis et al., 2017; Sousa et al., 2019). Os estudantes do ensino superior militar demonstram ser uma população única de estudo, pelo facto de disporem de algumas condições de vida únicas e mais controláveis, como por exemplo o regime de internato e o exercício físico obrigatório, refeições mais controladas e a vivência longe do ambiente familiar.

Em Portugal existem poucos estudos sobre a literacia em saúde, tanto geral como digital, principalmente em adolescentes e jovens adultos, sendo um tema atual e cada vez mais relevante no dia-a-dia destes jovens. Assim, é fulcral compreender o tema e aprofundá-lo de modo a prevenir possíveis problemas, a potencializar a compreensão pelo esclarecimento de possíveis dúvidas e através da implementação de ações necessárias nesta área, bem como contribuir para o bem-estar global dos jovens adultos, especificamente os estudantes do ensino superior. A presente dissertação pretende compreender como o bem-estar e os estilos de vida de diferentes grupos de estudantes do ensino superior – militar e não militar – são influenciados pela literacia em saúde e literacia em saúde digital, bem como pela utilização que fazem das redes sociais nesta fase de desenvolvimento da adultez emergente.

A dissertação encontra-se organizada em cinco partes, iniciando-se com o enquadramento teórico, onde se apresenta uma revisão de literatura atualizada sobre as variáveis em estudo, que inclui a caracterização dos adultos emergentes, o bem-estar, os estilos de vida, a literacia em saúde, a literacia em saúde digital, e a utilização das redes sociais. A segunda parte esclarece a metodologia utilizada no estudo, especificando a amostra, os instrumentos e o procedimento utilizado para a recolha e análise de dados. A terceira parte engloba os resultados das análises estatísticas realizadas. A quarta parte contém a discussão dos resultados obtidos, enquadrados na literatura anteriormente revista, as limitações metodológicas e as sugestões para estudos futuros, terminando com a conclusão.

Capítulo 1. Enquadramento Teórico

Atualmente vivemos numa sociedade industrializada e baseada na informação e na tecnologia (Arnett, 2007a; Sousa, 2009) que permite a divulgação do conhecimento e informação. Ao mesmo tempo, possibilita aos jovens o adiamento do início da vida profissional, pois as famílias e a própria sociedade não necessitam de imediato do seu trabalho, aumentando a necessidade da educação e fazendo com que os jovens estudem até mais tarde, tornando-se jovens com níveis de literacia mais elevados (Arnett, 2007a).

O conceito de adulez emergente sugere associado a um adiamento da transição para papéis e responsabilidades de adultos, introduzindo um estágio de vida caracterizado por mudança, independência e exploração (Ozer et al., 2019). Segundo Arnett (2007b), dos 18 aos 30 anos os jovens encontram-se numa fase denominada por “*emerging adulthood*” (p. 1), caracterizada por uma fase entre a adolescência e a idade adulta. Os princípios desta fase encontram-se intimamente ligados não só ao desenvolvimento da identidade, mas também à transição para um novo contexto escolar para muitos dos jovens, a passagem do ensino secundário para o ensino superior (Montgomery, 2005; Negru, 2012; Parisod, 2019).

Os adultos emergentes não se consideram adolescentes mas ao mesmo tempo não se vêem completamente como adultos, identificam-se como estando no meio de ambas as fases (Arnett, 2000). Esta fase do período de vida diferencia-se nas sociedades industrializadas, caracterizando-se pela existência de muitas mudanças e de exploração, pois é nesta fase que a maioria dos jovens tem um leque de possibilidades de vida aberto e, com o tempo, tomam decisões cada vez mais duradouras, no amor, no trabalho e nas visões do mundo e do seu futuro. É nesta fase que ocorre a consolidação e a finalização da identidade e dos traços de personalidade, que por sua vez aumentam os níveis de bem-estar subjetivo dos jovens (Lapsley & Hardy, 2017; Weisskirch, 2019), sendo este definido como uma avaliação a nível cognitivo ou afetivo, que o indivíduo realiza sobre a sua própria vida (Resende et al., 2006), e ajuda a determinar se os adultos emergentes são bem-sucedidos em assumir e manter os papéis e responsabilidades dos adultos (Schwartz, 2016). Esta é a realidade da maioria dos jovens emergentes, que nesta fase usufruem da liberdade, da exploração pessoal e das diversas possibilidades de futuros que permanecem possíveis e que irão depender das escolhas e dos caminhos que decidirem seguir (Arnett, 2000; Negru, 2012; Parisod, 2019).

A entrada para a universidade é caracterizada como uma etapa repleta de novos desafios aos quais estes jovens se têm de adaptar, tanto a nível pessoal, social e também ao nível académico, como por exemplo a distância da família, ritmos de trabalho diferentes e a adaptação a um novo meio em que estão inseridos. Estas mudanças acarretam exigências, medos e inseguranças que podem dificultar o ajuste destes jovens a esta nova realidade (Almeida, 2007; Reis, Camacho, Ramiro, Tomé, et al., 2015; Tavares, 2014; Vara et al., 2015). É uma etapa que altera a perceção da pessoa sobre si, os outros e o mundo, de forma a estar mais focada na exploração e na experimentação do que o rodeia, sendo guiados por múltiplas perceções com variadas possibilidades, sendo caracterizada por uma descoberta de entrada num novo domínio da vida mais aberto a escolhas pessoais (Negru, 2012).

A Academia Militar é um Estabelecimento de Ensino Superior Público Universitário Militar, com regime institucional militar e com sistema de internato, que disponibiliza atividades de ensino, investigação e apoio à comunidade com o propósito de dar formação aos alunos, para que estes se tornem oficiais destinados aos quadros permanentes do Exército e da Guarda Nacional Republicana (GNR) (Borges, 2012). Através deste ensino, os estudantes desenvolvem capacidades teóricas através de exercícios de campo, que consiste num exercício que tenta aproximar o aluno ao contexto real de uma missão militar, que tem incluído a vantagem dos instrutores acompanharem estes alunos durante o exercício (Coutinho, 2014).

Principalmente no primeiro ano os estudantes da Academia são expostos a um conjunto de desafios com influência na satisfação com a vida e no sucesso escolar. O ensino superior militar é um ensino que engloba normas específicas, instituindo elevados padrões de conduta ética e moral, que podem potencializar os eventos de stress. Por outro lado, o contexto de ensino militar é considerado um ambiente propício à construção de novas relações, mas pode também ser visto como um contexto que pode proporcionar situações indutoras de stress devido ao sistema de internato e ao elevado grau de especialização exigido durante a formação (Rosinha & Júnior, 2020). A componente militar acresce aos jovens a componente da prática regular do exercício físico que, não sendo totalmente obrigatória, contribui para o envolvimento dos estudantes na criação de hábitos de estilos de vida mais ativos (Marques et al., 2009). A adaptação ao contexto militar requer o envolvimento e o compromisso dos jovens estudantes para com a cultura

da instituição, sendo fundamental a saúde e o bem-estar dos cadetes para o sucesso na integração e adaptação a este novo contexto (Rosinha & Coelho, 2010).

Durante a transição para o ensino superior, a população que mais sofre são os alunos deslocados do seu local de residência (Reis, Camacho, Ramiro, Tomé, et al., 2015). É de referir que, os estudantes da Academia Militar encontram-se em regime de internato, por consequente passam a viver na instituição militar durante a maior parte dos anos de ensino, sendo que para além de estarem deslocados de casa, a família tem menos impacto e menos controlo sobre as opções dos estudantes (Borges, 2012; Palma Rosinha A. & De Andrade Júnior, 2020)

A população que sofre mais o impacto desta transição são os alunos deslocados que, ao se encontrarem longe do ambiente familiar, como

1.1. Bem-estar e estilos de vida saudáveis

A transição para a idade adulta corresponde a uma grande mudança no percurso de vida que pode representar um risco para o bem-estar (Newcomb-Anjo et al., 2017). A doença mental tem o seu período de início, na maioria das vezes, durante a fase de desenvolvimento dos jovens adultos, sendo a saúde mental um estado de bem-estar, oferecendo a oportunidade de direcionar estratégias de saúde mental preventivas fundamentais nesta idade (Veness, 2016).

Os jovens adultos representam uma população única de estudo, pois o seu bem-estar é tipicamente influenciado e moldado à medida que entram num período de transição, como a entrada no ensino superior (Usher & Curran, 2019). Em geral, os esforços dos seres humanos são voltados para alcançar a felicidade. Um dos termos relacionados ao bem-estar humano é o bem-estar subjetivo, que se define como a avaliação geral de um indivíduo quanto à satisfação com a sua vida (Dost, 2006).

O “*flourishing*” ou desenvolvimento humano positivo (Padilla-Walker & Nelson, 2017) é um conceito multidimensional que envolve o significado/propósito, o compromisso, as emoções positivas e as relações positivas. Por fim, o autor acrescenta a realização pessoal positiva como critério para alcançar o florescimento (Adler & Seligman, 2016; Seligman, 2011). Este conceito é também associado a altos níveis de bem-estar (Hone et al., 2014).

Um estudo realizado com adolescentes verificou que a maioria dos participantes considera-se uma pessoa feliz e uma grande parte da amostra considera-se saudável relativamente ao seu estilo de vida. Esta altura do desenvolvimento é fulcral para a promoção de comportamentos saudáveis (e.g., atividade física, sono, não fumar, consumo moderado de álcool e uma alimentação saudável) de modo a educar os jovens a adquirir um estilo de vida saudável (Reis et al., 2017). Sabe-se que especificamente o exercício físico tem um impacto direto no bem-estar psicológico e na diminuição da ansiedade e do stress (Rosa, 2016). Considerando que o bem-estar é influenciado pelos comportamentos que adotamos no nosso dia-a-dia e que estes determinam o nosso estilo de vida, é importante compreender que os comportamentos saudáveis, como uma boa alimentação e uma prática regular de exercício físico, têm um impacto positivo na saúde e promovem o bem-estar geral (Prendergast, Mackay, & Schofield, 2016; Reis et al., 2017; Rosa, 2016).

1.2. Estilos de Vida e Redes Sociais

Os jovens portugueses vivem em constante ligação com a internet, tendo-se verificado num estudo com jovens portugueses que cerca de 70% considera que tem sintomas de dependência relativamente ao uso da internet (Patrão et al., 2012). As redes sociais têm desempenhado um papel cada vez mais importante no desenvolvimento dos jovens, levando-os a passar várias horas a interagir apenas no ambiente online (Rosa et al., 2019), podendo existir um risco acrescido por se encontrarem numa fase de desenvolvimento em que poderão não ter desenvolvido completamente o pensamento ou limites críticos (Costa et al., 2019).

O desenvolvimento de relacionamentos próximos tem um impacto positivo na saúde mental e no bem-estar (Montgomery, 2005). Com o aparecimento das redes sociais surgiu, conseqüentemente, uma nova forma de desenvolver e manter as relações, tendo um impacto na própria vida adulta. As redes sociais têm então o potencial de aumentar o bem-estar subjetivo, facilitando a manutenção das relações íntimas e também os relacionamentos mais distantes, levando à criação de uma ligação mesmo existindo uma distância física entre os indivíduos (Steinfeld et al., 2008). Outros utilizam-nas para namorar e conhecer pessoas novas (Christopherson, 2007; Resende et al., 2006; Subrahmanyam et al., 2008). No entanto, as redes sociais também podem ter uma consequência significativa de sofrimento, quando utilizados para realizar comparações

sociais (Verduyn et al., 2017). Apesar destas serem vistas como algo benéfico, tem-se demonstrado um aumento dos níveis de solidão, abrindo uma grande vulnerabilidade para o aparecimento de sintomas depressivos (Caplan, 2007; Dhir et al., 2018; Rosa et al., 2019; Woods & Scott, 2016).

Um dos impactos da internet na vida dos jovens é o sedentarismo que, por sua vez, poderá levar ao aumento da obesidade e de problemas de saúde. O sedentarismo define-se como a inatividade física do indivíduo, sendo esta uma preocupação de saúde pública (Matusitz et al., 2012). Outro impacto da internet, associado às redes sociais é o sentimento de solidão devido à falta de apoio social, falta de tempo para interagir pessoalmente com a família e com os amigos por causa do tempo passado on-line (Costa et al., 2019; Patrão et al., 2012).

Muitos estudantes encontram-se deslocados de casa e, conseqüentemente, a família tem menos influência no seu estilo de vida, levando os jovens a ficarem mais vulneráveis a novas influências, podendo levar a hábitos de vida menos saudáveis. Esta mudança é caracterizada por um aumento de comportamentos negativos e de risco relacionados com a saúde, tendo um impacto significativo nos hábitos de vida, como por exemplo no sono, alimentação, condução perigosa, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e comportamentos sexuais (Reis, Camacho, Ramiro, Gomes, & Gaspar, 2015; Tomás, 2014; Usher & Curran, 2019).

Segundo Reis et al. (2017), apesar dos jovens demonstrarem um aumento de comportamentos de risco quando transitam para a Universidade, alguns dos comportamentos melhoram com o aumento da idade. Por exemplo, na alimentação há um aumento do consumo de vegetais e uma diminuição do consumo de refrigerantes. Por outro lado, o sono é um dos comportamentos afetados, já que os adultos emergentes diminuem as horas de sono diárias, sendo mais frequente dormirem menos de oito horas. Nesta idade também poderá existir um aumento do consumo de tabaco e álcool, sendo fundamental que haja uma mudança de comportamento, com o fim de conseguir prevenir problemas futuros relacionados com a saúde, estando em causa estilos de vida menos saudáveis que, conseqüentemente, comprometerão o bem-estar e saúde (Ansari et al., 2011; Isabely et al., 2017). Assim, os comportamentos de saúde durante a transição para a idade adulta são críticos para moldar a saúde na idade adulta, sendo as mulheres

geralmente são mais propensas a apresentar comportamentos mais saudáveis (Daw et al., 2017).

As redes sociais, são importantes para a promoção do bem-estar e da saúde, divulgando e disponibilizando informação de diversas formas, de maneira a chegar ao maior número possível de pessoas. Alguns estudantes afirmam que o uso das redes sociais influencia significativamente a mudança no estilo de vida e, conseqüentemente, a saúde dos estudantes (Duncan et al., 2014; Ikpi & Undelikwo, 2019; Steinfield et al., 2008).

1.3. Literacia em Saúde

Ao longo dos anos os conceitos de literacia e de literacia em saúde foram-se aperfeiçoando, em resposta às novas exigências de uma sociedade cada vez mais complexa (Berkman et al., 2010). A literacia em saúde altera-se ao longo da vida como resultado das nossas necessidades e das nossas habilidades, que variam ao longo da vida. Esta deve ser reconhecida como um bem pessoal muito diversificado porque cada indivíduo tem experiências de vida, condições sociais e faz escolhas que a influenciam (Okan, Bauer, Levin-Zamir, Pinheiro & Sørensen, 2019). Ao longo do percurso da vida o indivíduo passa por diversos desafios em que necessita de encontrar, entender e utilizar informação específica sobre saúde.

A literacia em saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o conjunto de “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos de terem acesso, compreenderem e utilizarem informações com o propósito de promover e manter-se saudáveis” (WHO, 1998, p.10). Define-se também como a capacidade dos indivíduos tomarem as decisões corretas relativamente à sua saúde, estando diretamente relacionada com o seu bem-estar e estilos de vida mais saudáveis (Mota, 2018).

Altos níveis de literacia em saúde permitem ter a habilidade de tomar decisões face à saúde no dia-a-dia, na comunidade, local de trabalho, no contexto político e através da internet, possibilitando um maior controlo acerca da sua saúde. Por sua vez, baixos níveis de literacia estão relacionados com uma maior utilização dos serviços de urgência e internamentos, existindo poucas atitudes de promoção da saúde e de prevenção da doença (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Num estudo realizado maioritariamente com adultos, foi possível verificar que, em comparação com oito países, Portugal encontra-se numa posição intermédia em que 50% da população apresenta níveis suficientes/excelentes face à literacia em saúde e os outros 50% apresentam níveis inadequados ou problemáticos relativamente aos níveis de literacia (Espanha et al., 2015). A nível global, à medida que a idade aumenta o nível de literacia em saúde tende a diminuir, o mesmo acontece em Portugal. O estudo realizado por Pedro, Amaral e Escoval (2016), em que analisaram a literacia em saúde de nove países, Portugal foi um dos países que apresentou piores níveis de literacia em saúde, sendo que mais de metade dos participantes portugueses apresentou níveis de literacia em saúde geral problemáticos ou inadequados. Por exemplo, no que se refere à dimensão dos cuidados de saúde, Portugal apresentou os níveis mais baixos em comparação com os restantes países, sendo eles a Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Espanha, Irlanda, Holanda e Polónia.

A escolaridade aparenta estar correlacionada à literacia em saúde, quanto maior o nível de escolaridade, maiores serão os níveis de literacia (Espanha et al., 2015; Pedro et al., 2016). Num estudo de Pedro et al. (2016) mais de 60% da amostra geral apresentava níveis de literacia problemáticos ou insuficientes. Num estudo de Espanha, Ávila, e Mendes (2015) cerca de 60% dos participantes com o ensino superior, apresentam níveis de literacia suficientes ou excelentes, por outro lado no total de participantes com escolaridade baixa, 60% apresentavam níveis de literacia em saúde inadequados/problemáticos. A literacia em saúde aparenta estar associada à idade, tende a ter níveis mais elevados na faixa etária dos jovens, diminuindo à medida que a idade avança (Espanha et al., 2015; Neter & Brainin, 2012).

1.4. Literacia em Saúde Digital e Redes Sociais

Com o desenvolvimento das tecnologias surge um novo desafio e uma nova ferramenta – a literacia em saúde digital – que poderá ter benefícios na promoção da literacia em saúde. Apesar de não substituírem as práticas presenciais, servem como um complemento que poderá apresentar benefícios se utilizada de forma correta. Especificamente, o uso das redes sociais poderá trazer um contributo auxiliando os profissionais de saúde a disponibilizar educação na área da saúde, sendo que este tem de

estar adequado ao contexto e aos recursos disponíveis, tendo em consideração as necessidades do grupo-alvo e objetivos relativos à saúde (Parisod, 2019).

O conceito da literacia em saúde digital é um conceito definido como a capacidade de procurar, encontrar, compreender e avaliar as informações de saúde obtidas pelas fontes digitais de forma a aplicar o conhecimento adquirido para, conseqüentemente, resolver um determinado problema com o propósito de melhorar os cuidados de saúde (Neter & Brainin, 2012; Norman & Skinner, 2006). As redes sociais podem potencializar a capacidade de obter, processar e entender a informação relativa a saúde e posteriormente conseguir tomar decisões mais apropriadas acerca da sua saúde (Estacio et al., 2019; Loureiro et al., 2012; World Health Organization, 2013).

Nos últimos anos, a dimensão das informações disponibilizadas on-line sobre saúde e doenças aumenta face ao crescimento da utilização das tecnologias que, por sua vez, facilitam o acesso à informação. Efetivamente, com o desenvolvimento das tecnologias, as informações de saúde tornaram-se cada vez mais fáceis de aceder. Pessoas com níveis mais elevados de literacia em saúde digital conseguem ter acesso a informações mais corretas face ao problema pesquisado. Todavia, as ferramentas digitais disponíveis para a literacia em saúde são pouco eficazes se os utilizadores não tiverem as habilidades necessárias, sendo indispensável a própria literacia em saúde (Aydın et al., 2015).

A literacia em saúde digital não se restringe apenas à capacidade de utilização de um software ou um dispositivo digital. Esta engloba a capacidade cognitiva, motora, social e emocional que os indivíduos precisam de dominar com o fim de usufruírem dos meios digitais. Este conceito inclui também a capacidade do indivíduo procurar, compreender e avaliar a informação disponível na internet de modo a selecionar de forma adequada, entre toda a informação disponível em abundância, a mais fidedigna e adequada tendo em conta o problema em causa (Almeida et al., 2019; Aydın et al., 2015). Existe, por conseguinte, uma correlação entre a literacia em saúde e a utilização da internet. Indivíduos com níveis adequados de literacia utilizam mais a internet e muitos com o objetivo de procurar informação sobre a saúde, sendo fundamental o desenvolvimento de competências digitais de modo a permitir que usufruam da tecnologia digital da forma mais eficaz (Estacio et al., 2019).

Os jovens conseguem facilmente ter acesso a informações sobre a saúde através da internet, de forma anónima e eficaz, obtendo informações rápidas sobre preocupações que lhes surjam, podendo as informações ser ou não de fontes credíveis para os jovens (O'Keefe & Clarke-Pearson, 2011). Todavia, as pessoas mais jovens têm uma probabilidade menor de procurar informações sobre a saúde porque não se vêem em risco (Jensen et al., 2010).

Em Portugal ainda existem poucos estudos referentes à literacia em saúde digital, principalmente com amostras compostas por adolescentes e jovens adultos, sendo um tema importante para prevenir possíveis problemas e para potencializar a compreensão pelo esclarecimento de possíveis dúvidas e as ações necessárias nesta área. Um estudo realizado com adolescentes portugueses verificou que a literacia em saúde é crucial para ajudar os jovens a optarem pelas melhores opções quando se trata da sua saúde, havendo uma relação entre a literacia em saúde e a adoção de comportamentos saudáveis (Sousa, Frontini, Luís, & Ferreira, 2019). A promoção de competências de literacia em saúde irá fazer com que os jovens procurem, avaliem e utilizem a informação disponível de forma mais eficiente.

No estudo de Tomás, Queirós e Ferreira (2014) realizado com adolescentes dos 14 aos 20 anos, foi possível identificar algumas diferenças de género. Uma das diferenças relaciona-se com a importância de ter acesso a recursos sobre a saúde através da internet, sendo esta mais elevada no sexo feminino, enquanto o sexo masculino demonstrou valores superiores relativamente à confiança em utilizar informação da internet para futuramente tomar decisões acerca da sua própria saúde.

Segundo o estudo de Francisco e Arriaga (2020), realizado com estudantes do ensino superior, verificou-se que mais de metade da amostra apresenta níveis excelentes ou suficientes de literacia, estando esta correlacionada fortemente com a literacia em saúde digital. É de salientar que a outra parte da amostra representa níveis de literacia em saúde inadequados ou problemáticos, sendo por isso a vivência universitária considerada pelos autores uma janela de oportunidade para promover a literacia em saúde com recurso às tecnologias.

Concluindo, através do rápido desenvolvimento tecnológico, as redes sociais estão cada vez mais presentes no nosso quotidiano tendo influência em diversos níveis, sendo

um deles a saúde (Rosa et al., 2019). No entanto, existem poucos estudos realizados com adultos emergentes acerca da literacia em saúde digital em Portugal. Sabendo que atualmente os jovens estão cada vez mais ligados a estes meios, surge a importância do tema para colmatar possíveis lacunas e compreender melhor esta população face a estas variáveis. A partir daqui, podem ser retiradas implicações para possíveis programas a realizar em Portugal com o objetivo de promover competências de literacia em saúde e literacia em saúde digital, para que, tendo as habilidades necessárias, os jovens consigam tomar melhores decisões sobre a sua saúde, estilos de vida que adotam e diminuir os comportamentos de risco tão característicos desta fase de desenvolvimento (Isabely et al., 2017; Sousa et al., 2019).

Capítulo II. Metodologia

O presente estudo tem carácter quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. Tem como objetivo principal compreender de que forma a literacia em saúde, a literacia em saúde digital e a utilização das redes sociais se relacionam com os estilos de vida e o bem-estar de estudantes do ensino superior militar e civil. Especificamente, pretende-se: 1) verificar possíveis diferenças nas variáveis em estudo entre estudantes do ensino superior militar e não militar; 2) analisar correlações entre as variáveis em estudo nos estudantes do ensino superior militar e não militar; 3) identificar possíveis preditores de bem-estar e de estilo de vida nos estudantes do ensino superior militar e não militar.

2.1. Mapa conceptual

Na Figura 1, está representado o mapa conceptual da presente investigação, em que se explicitam as relações a ser investigadas entre as variáveis do estudo, sendo estas a literacia em saúde, as redes sociais, a literacia em saúde digital, os estilos de vida e o bem-estar dos estudantes do ensino superior militar e não militar.

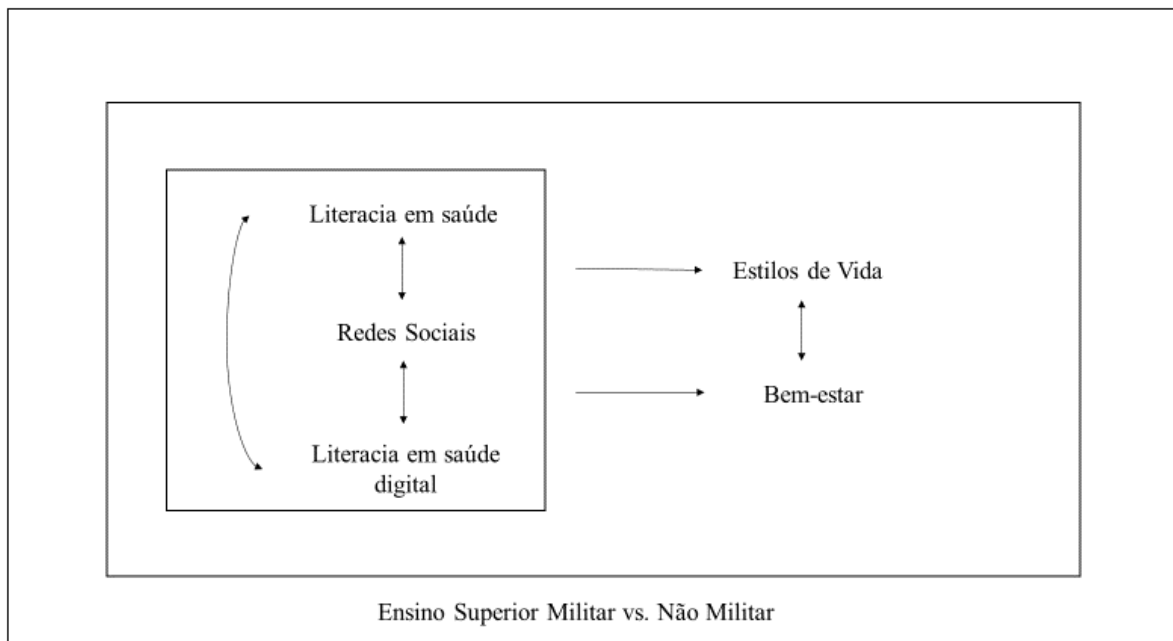


Figura 1. Mapa conceptual do presente estudo

2.2. Participantes

Participaram na presente investigação 356 estudantes do Ensino Superior portugueses, sendo 233 da Academia Militar (65,4%) e 123 estudantes de 25 instituições de ensino superior não militar (34,6%), com maior frequência da Universidade Católica Portuguesa (18%). A maioria dos participantes (72,5%) encontra-se a frequentar um curso de mestrado e os restantes 27,5% uma licenciatura, num total de 28 cursos distintos, sendo os mais representados os cursos de Ciências Militares do Exército (29,8%), Engenharia (15,7%), Ciências Militares GNR (13,5%), Comunicação Social (10,7%), Psicologia (9,8%), Administração Militar (5,3%) e GNR Administração (3,1%). A maioria (78,4%) é estudante a tempo inteiro, 10,1% é estudante com atividade profissional a tempo inteiro, 6,5% estudante a tempo inteiro com atividade profissional esporádica, e por fim 5,1% são estudantes com atividade profissional a tempo parcial regular.

Os participantes têm idades compreendidas entre 18 e 30 anos ($M = 21,13$, $DP = 1,84$), sendo 67,1% do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 99,4% dos participantes reportou ser solteiro e apenas 0,6% casado ou em união de facto.

Considerando as habilitações literárias dos pais dos participantes, a maioria afirma que a sua mãe completou a licenciatura (34,6%), seguidamente o 12º ano (33,4%) e o 9º ano de escolaridade (10,7%), enquanto a escolaridade do pai é um pouco mais baixa, tendo a maioria o 12º ano (34,3%), seguidamente a licenciatura (22,8%) e por fim o 9º ano (14,6%).

A maioria dos participantes afirma estar deslocado da sua residência habitual (68,3%). A maioria tem a sua residência habitual localizada na Grande Lisboa (34%), seguidamente no Centro (27%), Norte (23,9%), posteriormente no Alentejo (5,9%), Algarve (2%), Arquipélago da Madeira (5,1%) e Arquipélago dos Açores (0,3%). Ainda 7 participantes (2%) identificaram zonas de residência fora de Portugal (e.g., Suécia, Espanha, Cabo Verde).

Relativamente a aspetos relacionados com a saúde, apenas 7,6% ($n = 27$) dos participantes referiu sofrer de uma doença crónica diagnosticada, sendo as mais frequentes Asma (1,1%), Depressão (0,6%) e Rinite (0,6%). Comparativamente com as

peças da sua idade, a maioria dos participantes avaliou a sua saúde como Boa (59,0%) ou Excelente (29,2%), enquanto 9,8% a considera Razoável e 2,0% Má.

A maioria dos participantes considerou ter uma alimentação saudável (41%), 38,8% razoavelmente saudável, 11,8% tem a percepção de que a sua alimentação é pouco saudável. Apenas 7,3% dos participantes considera a sua alimentação muito saudável e 1,1% muito pouco saudável.

Quanto às horas de sono por noite, os participantes reportaram valores entre 2 e 12 horas, sendo o valor médio próximo das 6 horas ($M = 5,96$; $DP = 0,74$).

Relativamente à percepção de alterações do seu estilo de vida desde a entrada para a universidade, 32,9% participantes afirmou que o seu estilo de vida se tornou mais saudável, 31,2% tem a percepção que manteve o seu estilo de vida tão saudável quanto antes, enquanto 21,9% afirmou que, com a entrada para a universidade, o seu estilo de vida tornou-se menos saudável. Por fim, 11% tem a percepção que o seu estilo de vida passou a ser muito mais saudável e apenas 3,1% referiu que o seu estilo de vida se tornou muito menos saudável.

2.3. Instrumentos

Questionário Geral e Sociodemográfico. Consiste num questionário construído especificamente para este estudo, apresentando questões diretas (e.g., sexo, idade, estado civil, zona de residência, curso, universidade, diagnóstico de doença crónica) e questões sobre percepção de qualidade de vida, percepção de saúde, e da alimentação saudável, respondidas em escala de Likert.

Escala de Florescimento (EF) (Diener & Biswas-Diener, 2009; versão portuguesa de Raposo, Sesifredo & Francisco, 2018). É um questionário de autorrelato que analisa o julgamento que o participante faz sobre a sua própria vida, face a áreas de sucesso pessoal como os relacionamentos interpessoais, a autoestima, o propósito de vida e o otimismo (e.g., “Eu levo uma vida com propósito e significado”). É composto por 8 itens respondidos através de uma escala de Likert de 7 pontos (1= Discordo fortemente a 7= Concordo fortemente). O resultado da escala é adquirido com o somatório do valor atribuído a cada item e varia entre 8 e 56, sendo que uma pontuação elevada revela que o

indivíduo apresenta elevados níveis de bem-estar psicológico. O coeficiente de consistência interna apresenta valores adequados na versão portuguesa utilizada ($\alpha = .88$), bem como no presente estudo ($\alpha = 0,933$).

Questionário "Estilo de Vida Fantástico" (EVF) (Lange & Vio, 2006; versão portuguesa Silva, Brito & Amado, 2011). Consiste num instrumento de autorrelato que analisa os hábitos e os comportamentos em relação aos estilos de vida considerados mais apropriados para a saúde. O questionário apresenta um total de 30 itens de resposta fechada, que examinam dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do estilo de vida e que se identificam com a sigla "FANTÁSTICO": F - Família e Amigos; A - Atividade física/ Associativismo; N - Nutrição; T - Tabaco; A - Álcool e Outras drogas; S - Sono/*Stress*; T - Trabalho/Tipo de personalidade; I - Introspeção; C - Comportamentos de saúde e sexual; O - Outros Comportamentos. Os itens apresentam três opções de resposta com um valor numérico de 0, 1 ou 2. Após o preenchimento, os valores são somados em cada domínio e multiplicados por dois, obtendo-se o valor para cada domínio. Obtemos o *score* global através da soma de todos os pontos consequentes de todos os domínios, a classificação apresenta valores entre 0 a 120 pontos. Valores mais elevados correspondem a um estilo de vida mais saudável, como por exemplo valores elevados na subescala do T – Tabaco significa um consumo reduzido da substância. Lange e Vio (2006) propuseram uma análise da pontuação estruturada por cinco níveis de classificação de comportamentos que vão: de 0 a 46 (Necessita melhorar); de 47 a 72 (Regular); de 73 a 84 (Bom); de 85 a 102 (Muito bom) e de 103 a 120 (Excelente). Desta forma, quanto maior a pontuação total obtida, melhor são os comportamentos relacionados com a saúde. A consistência interna desta escala, na versão portuguesa apresenta valores adequados ($\alpha = 0,71$), bem como no presente estudo ($\alpha = 0,70$).

Health Literacy Survey-16 (The HLS-EU Consortium, 2012; versão portuguesa Pedro et al., 2019) é um questionário que avalia a literacia em saúde em geral, havendo questões acerca das dificuldades percebidas e da facilidade em entender, avaliar e aplicar a informação. É um instrumento composto por 16 itens (versão reduzida da versão longa de 54 itens, HLS-EU Consortium, 2012), respondidos através de uma escala de Likert de 4 pontos, apresentada como “Muito Fácil” a “Muito Difícil”. Apresenta indicadores sobre três domínios da Literacia em Saúde – Cuidados de Saúde (7 itens), Prevenção da Doença (5 itens) e Promoção da Saúde (4 itens) –, bem como um indicador global de Literacia

em Saúde. Os níveis de literacia estão divididos em quatro pontos de corte, em que o 1 revela níveis de literacia inadequados e o 4 representa níveis de literacia excelente. O coeficiente de consistência interna neste estudo apresenta valores adequados para o indicador global ($\alpha = 0,90$), para a subescala cuidados com a saúde ($\alpha = 0,83$), a prevenção da doença apresenta ($\alpha = 0,75$) e a subescala promoção da saúde ($\alpha = 0,84$).

E-Literacia em Saúde (Norman & Skinner, 2006; versão portuguesa Tomás et al., 2014). É um instrumento de autorrelato que avalia a perceção individual dos sujeitos acerca das suas próprias competências e dos seus conhecimentos, em encontrar, avaliar e aplicar informações eletrónicas acerca da saúde. Este questionário é composto por 8 itens, existindo mais dois itens que, apesar de não fazerem parte da escala, complementam a informação (itens 1 e 2). A pontuação varia de 1 a 5, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a níveis de literacia digital em saúde mais elevados. O questionário divide-se em dois fatores, a procura de informação (4 itens) e a dimensão da capacidade de utilização da informação (4 itens). Na versão portuguesa a escala apresenta bons valores de consistência interna ($\alpha = 0,842$), bem como neste estudo ($\alpha = 0,91$).

Questionário sobre Utilização de Redes Sociais. É uma versão experimental construída por Francisco e Matos (2019), composta por 10 questões de autorrelato, com o intuito de explorar a utilização que o respondente faz das redes sociais, incluindo a diversidade e frequência de redes sociais utilizadas, dimensão das mesmas, e ainda finalidades e contextos de utilização. Os itens apresentam diferentes tipos de resposta, incluindo questões com opções de resposta múltipla (e.g., “Quais as redes sociais que utiliza atualmente?”), questões para ordenar as opções de resposta (e.g., “Qual/quais a(s) principal/principais finalidade(s) com que utiliza as redes sociais? Ordene por ordem decrescente de importância”), ou questões respondidas através de escala de Likert (e.g., “Com que frequência utiliza as redes sociais?”, variando as respostas de 1-“Menos de 1 vez por semana” a 5-“Todos os dias da semana”).

2.4. Procedimento

A participação neste estudo contou com estudantes do ensino superior militar e não militar, recorrendo ao processo de amostragem não probabilístico por conveniência. Os estudantes militares tiveram acesso ao questionário a partir de um e-mail enviado pelo

Capitão de cada companhia. A participação dos restantes estudantes do ensino superior foi, maioritariamente, solicitada por via das redes sociais. Frequentar o ensino superior (militar ou não militar) e ser adulto emergente foram critérios de inclusão neste estudo, tendo em conta que os participantes com idades inferiores a 18 anos ou superiores a 30 anos não foram incluídos na amostra.

O estudo respeitou todos os princípios éticos, tendo sido preenchido na plataforma Qualtrics de forma voluntária e garantindo a confidencialidade dos dados. No início do questionário surge o consentimento informado e só posteriormente os participantes têm acesso às perguntas do questionário.

2.5. Análise de dados

Para a realização da análise de dados foi elaborada uma base de dados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25. Primeiramente realizou-se o processo de leitura das respostas e codificação das variáveis, seguidamente realizaram-se as análises psicométricas dos instrumentos utilizados, com foco no instrumento das redes sociais (instrumento criado para a realização do presente estudo). Posteriormente realizaram-se as análises descritivas e as análises de frequência das variáveis demográficas, com o princípio de caracterizar a amostra, quanto à sua média, desvio-padrão e percentagens. Posteriormente realizaram-se testes de correlação de Pearson com as variáveis em estudo, para os dois grupos (ensino superior militar e não militar), sendo estas interpretadas segundo a classificação de Cohen (1992), ou seja, uma correlação é considerada fraca se apresentar valores inferiores a .39, moderada quando os valores estão entre .40 e .49, e forte quando os valores são superiores a .50. De seguida realizaram-se dois testes t para amostras independentes, a fim de averiguar a existência de diferenças entre estudantes do ensino superior militar e civil nas principais variáveis em estudo. Por fim, realizaram-se quatro regressões lineares múltiplas hierárquicas, para verificar os preditores de bem-estar e os preditores do estilo de vida entre os alunos do ensino superior, considerando as variáveis sexo, idade, ser aluno deslocado, média de horas de sono, se sofre de alguma doença crónica, a utilização e a comunicação das redes sociais, num primeiro passo, e a literacia em saúde e a literacia em saúde digital no segundo passo.

Capítulo III. Resultados

3.1. Análise descritiva das variáveis em estudo

O Quadro 1 apresenta a análise descritivas das principais variáveis em estudo, especificamente literacia em saúde, literacia em saúde digital, estilo de vida, bem-estar e utilização das redes sociais.

Quadro 1. Análise descritiva das principais variáveis em estudo (n=356).

Variável	Amplitude	<i>M</i>	<i>DP</i>
Literacia Saúde	0-50	36,86	8,71
- Cuidados Saúde	0-50	37,21	9,40
- Prevenção Doença	0-50	36,13	10,32
- Promoção Saúde	0-50	37,23	10,34
Literacia Digital	1-5	3,43	0,75
- Procura	1-5	3,45	0,82
- Utilização	1-5	3,40	0,76
Estilo de Vida	0-112	82,16	11,63
- Família/Amigos	0-8	6,61	1,97
- Atividade física/Associativismo	0-12	9,47	2,55
- Nutrição	0-12	8,23	2,18
- Tabaco	0-4	0,55	1,07
- Álcool/Drogas	0-24	20,67	2,92
- Sono/Stress	0-12	6,61	3,11
- Trabalho/Personalidade	0-12	6,70	2,64
- Introspeção	0-12	8,25	3,03
- Comportamentos Saúde	0-12	8,02	2,66
- Outros Comportamentos	0-8	7,04	1,60
Frequência RS	1-5	4,80	0,04
Comunicação RS	0-224	16,17	1,29
Bem-Estar	8-56	44,71	7,68

Nota. Frequência RS (tempo de utilização das redes sociais); Comunicação RS (com quantas pessoas comunica através das redes sociais).

Neste estudo, relativamente à literacia em saúde geral, 30,7% dos participantes apresenta níveis de literacia de literacia em saúde problemáticos ou inadequados, 48,9% indica ter níveis suficientes e, 17,1% demonstrou ter níveis de literacia em saúde

excelentes. Relativamente às subescalas, tanto os cuidados de saúde, como a prevenção e a promoção da saúde, a maioria dos participantes apresentam níveis suficientes.

Relativamente ao estilo de vida global, 21,6% da amostra apresenta um estilo de vida regular, 35,7% demonstra nível do estilo de vida global bom, 40,7% dos participantes indica ter um estilo de vida muito bom, e apenas 2% apresenta um estilo de vida excelente.

Relativamente à utilização das Redes Sociais, verificou-se que as redes sociais mais utilizadas pelos participantes deste estudo foram o Instagram (87,1%), de seguida o WhastApp (84,8%), o Facebook (83,7%), o Youtube (81,5%), o Messenger (77,5%), o Twitter (23,3%) e por fim, o LinkedIn (14%). Houve 8 participantes que acrescentaram outras redes sociais que utilizam atualmente, entre elas o Snapchat (1,1%), o Pinterest (0,6%) e o Tinder (0,6%). Quanto à rede social que os participantes utilizam com mais frequência, a mais escolhida foi o Instagram (53,1%), seguida do WhatsApp (17,4%), Facebook (10,1%), Messenger (9%), Youtube (4,2%), Twitter (3,4%) e LinkedIn (0,3%).

As principais pessoas com quem os participantes comunicam através das redes sociais são os amigos (76,4%) e de seguida os colegas (11,8%), sendo que a quantidade de pessoas com quem comunicam através das redes sociais variou de 0 a 224, apresentando um valor médio de 16,17 pessoas ($DP = 1,29$).

Os três contextos em que os participantes utilizam mais as redes sociais são em casa (52%), seguidamente na universidade (24,7%) e no trabalho (12,4%). Relativamente às finalidades da utilização das redes sociais, os participantes indicam que a finalidade principal para a qual utilizam as redes sociais é comunicar com os amigos ($n=115$, 32,3%), adquirir conhecimentos (16,9%), namorar (12,6%), partilhar fotografias e vídeos (9%), comunicar com familiares (8,2%), ouvir músicas e visualizar vídeos (5,6%), ler notícias (9,8%), divertimento (3,9%), pesquisar sobre a saúde (2%) e observar os outros (0,8%).

3.2. Relação entre as variáveis em estudo

O Quadro 2 apresenta os resultados da análise de correlações entre as variáveis em estudo por grupo de participantes, especificamente os estudantes do ensino superior militar e do ensino superior não militar.

No que diz respeito ao facto de ser um aluno deslocado da sua residência habitual, esta circunstância apresenta correlações negativas fracas com a escolaridade da mãe e do pai, com as horas de sono e, apresenta correlações positivas fracas com a perceção de uma alimentação saudável e com o bem-estar, nos estudantes do ensino superior militar. No grupo de estudantes do ensino superior civil estar deslocado de casa apresenta apenas uma correlação negativa fraca com a atividade física e o associativismo.

Relativamente à frequência da utilização das redes sociais, esta encontra-se fracamente correlacionada com as horas de sono e negativamente correlacionada com o consumo de álcool no ensino superior não militar. No ensino superior militar, a utilização das redes sociais apresenta uma correlação negativa fraca com o consumo de álcool e uma correlação positiva fraca com o bem-estar.

O número de pessoas com quem o participante comunica através das redes sociais, no ensino superior militar apresenta uma correlação positiva fraca com as horas de sono, com a dimensão da utilização da informação da literacia em saúde digital e com a dimensão do estilo de vida referente a outros comportamentos. Apresentando também apresentou correlações negativas fracas com a literacia em saúde digital e com uma das dimensões, a procura de informação.

Quadro 2. Coeficientes de Correlação de Pearson entre as variáveis em estudo por grupo de participantes.

Ensino Superior															
Ensino Superior Militar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Sexo	-	-0,04	-0,9	-0,19*	-0,28**	-0,15	-0,07	0,15	0,06	-0,04	-0,04	-0,01	-0,03	0,04	0,03
2. Idade	-0,07	-	-0,11	0,05	0,12	0,03	0,03	0,22*	0,05	-0,08	-0,06	-0,18	0,01	0,02	-0,14
3. Deslocado	-0,03	0,03	-	0,04	0,11	0,04	0,07	-0,15	-0,03	-0,10	0,08	0,05	0,05	0,08	0,06
4. Esc. Mãe	0,03	-0,13	-0,15*	-	0,52**	0,03	0,04	0,11	-0,11	0,12	-0,08	0,03	0,01	0,01	0,06
5. Esc. Pai	-0,03	0,10	-0,15*	0,52**	-	-0,00	-0,00	0,04	0,16*	0,16*	-0,11	-0,02	-0,08	-0,01	0,02
6. P. Estilo de vida	-0,06	-0,04	0,02	0,03	-0,02	-	0,43**	0,20**	-0,03	0,07	0,02	0,12	0,12	0,07	0,14*
7. P. Alimentação Saudável	-0,05	-0,06	0,16*	0,03	-0,01	0,43*	-	0,05	0,07	0,12	0,05	0,16*	0,19*	0,06	0,16*
8. Horas Sono	0,04	0,26**	-0,16*	0,11	0,04	0,21**	0,05	-	-0,01	0,22**	0,17*	-0,04	-0,04	-0,03	-0,05
9. Doença Crônica	0,22**	0,01	0,05	-0,11	-0,16*	-0,03	0,07	-0,01	-	0,03	-0,03	-0,11	-0,11	0,15*	-0,05
10. Comunicação RS	-0,10	-0,03	-0,02	0,12	0,16*	0,07	0,12	0,22**	0,03	-	0,11	0,05	0,03	0,06	0,04
11. Frequência RS	-0,05	0,15*	0,04	-0,08	-0,11	0,02	0,05	0,17*	-0,03	0,11	-	-0,11	-0,07	-0,12	-0,10
12. Literacia Saúde	-0,06	0,014	0,07	0,03	-0,02	0,12	0,16*	-0,04	-0,11	0,05	-0,11	-	0,87**	0,91**	0,91
13. Cuidados Saúde	-0,01	-0,03	0,06	0,01	-0,08	0,12	0,19**	-0,04	-0,11	0,03	-0,07	0,87**	-	0,68**	0,67**
14. Prevenção Doença	-0,08	0,02	0,07	0,01	-0,01	0,07	0,06	-0,03	-0,15*	0,06	-0,12	0,91**	0,68**	-	0,78**
15. Promoção Saúde	-0,06	0,05	0,06	0,06	0,02	0,14*	0,16*	-0,05	-0,05	0,04	-0,10	0,91**	0,67**	0,77**	-

Nota. Sexo (*dummy variable*: 0 = masculino, 1 = feminino), Deslocado (*dummy variable*: 0 = sim, 1 = não), * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Quadro 2.1. Coeficientes de Correlação de Pearson entre as variáveis em estudo por grupo de participantes (continuação).

Ensino Superior	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1.Sexo	0,07	0,05	0,09	-0,04	-0,11	0,18	-0,29**	-0,25**	-0,03	0,15	-0,15	-0,20*	-0,08	0,19*	0,14
2.Idade	-0,14	-0,12	-0,14	0,11	0,21*	-0,03	0,14	0,17	0,08	0,06	0,12	0,10	0,07	0,16	0,12
3.Deslocado	0,08	0,04	0,03	-0,5	-0,03	0,05	-0,18*	0,06	0,00	-0,07	0,03	0,05	-0,00	-0,02	-0,14
4.Esc. Mãe	0,05	0,04	0,05	0,04	0,06	0,10	0,03	-0,14*	0,04	0,06	0,07	0,09	0,08	-0,06	0,01
5.Esc. Pai	0,05	0,00	0,09	0,02	0,04	0,02	0,04	-0,00	-0,17*	0,00	0,10	-0,00	0,10	-0,11	0,10
6. P. Estilo de vida	0,02	0,06	-0,03	0,07	0,15*	0,01	-0,03	0,08	0,00	-0,10	0,30**	0,18**	0,13	0,02	0,03
7. P. Alimentação Saudável	-0,04	-0,01	-0,07	0,08	0,14*	0,05	-0,07	0,39**	0,01	-0,06	0,09	0,10	0,10	0,06	0,04
8.Horas Sono	-0,04	0,00	-0,08	0,08	0,2**	0,13	-0,04	-0,12	-0,02	0,03	0,40**	0,16*	0,17**	0,04	0,08
9.Doença Crônica	0,13*	-0,10	-0,16*	0,02	-0,07	-0,04	-0,09	-0,03	-0,03	0,00	-0,10	-0,10	-0,12	0,12	0,07
10.Comunicação RS	-0,04	-0,02	-0,06	0,09	-0,04	-0,08	0,02	-0,05	0,13	-0,25**	0,08	-0,02	0,07	0,00	0,01
11. Frequência RS	-0,16*	-0,13*	-0,18*	0,25**	0,12	0,06	0,07	0,02	0,11	0,07	0,11	-0,04	0,03	0,06	0,17*
12.LiteraciaSaúde	-0,12	-0,03	-0,00	-0,00	0,02	0,01	-0,01	0,05	-0,04	-0,09	0,05	0,07	0,09	-0,00	-0,11
13.CuidadosSaúde	-0,01	-0,01	-0,00	0,03	0,01	0,03	-0,04	0,13	-0,02	-0,09	-0,01	0,04	0,06	0,02	-0,07
14.PrevençãoDoença	-0,01	-0,02	0,01	-0,04	0,03	-0,01	0,05	0,01	-0,01	-0,07	0,07	0,08	0,11	-0,03	-0,11
15.PromoçãoSaúde	-0,03	-0,04	-0,01	0,00	0,01	0,02	-0,04	0,01	-0,07	-0,08	0,06	0,07	0,08	0,00	-0,10

Nota. Sexo (dummy variable: 0 = masculino, 1 = feminino), Deslocado (dummy variable: 0 = sim, 1 = não), *p<.05, **p<01

A literacia em saúde apresentou uma correlação fraca positiva com o bem-estar nos estudantes do ensino superior militar e uma correlação fraca positiva com a perceção do estilo de vida nos estudantes do ensino superior civil.

A literacia em saúde digital, no ensino superior militar, apresenta uma correlação fraca negativa com a doença crónica e com a utilização das redes sociais e uma correlação positiva fraca com o tabaco. No ensino superior a literacia em saúde digital apresentou uma correlação fraca positiva com a doença crónica e com o fraco consumo de tabaco. A dimensão da procura de informação apresenta uma correlação fraca positiva com os comportamentos de saúde e o menor consumo de tabaco, em ambos os grupos. A dimensão da utilização apresenta, nos dois grupos, uma correlação fraca negativa com a doença crónica.

O bem-estar, em ambos os grupos, apresenta correlações positivas fracas com as dimensões do estilo de vida, em específico a atividade física, o álcool, o sono e stress, o trabalho e personalidade e os comportamentos de saúde. Demonstra correlações positivas moderadas com a família e amigos, com a introspeção e com outros comportamentos. Por fim, apresenta uma correlação positiva forte com a escala do estilo de vida global. No ensino superior militar o bem-estar apresenta-se também correlacionado de forma positiva e fraca com a comunicação através das redes sociais e com a literacia em saúde. No ensino superior civil apresenta uma correlação positiva fraca com a utilização das redes sociais.

Relativamente ao estilo de vida este apresenta correlações fracas com a nutrição e correlações moderadas positivas com o álcool e outros comportamentos. Por fim, apresenta correlações fortes com a dimensão da família e amigos, atividade física e o associativismo, sono e stress, trabalho e personalidade, introspeção e os comportamentos de saúde. Foi possível verificar também correlações fracas, em ambos os grupos, com a perceção de melhoria de estilo de vida à entrada na universidade, à perceção de alimentação saudável e com as horas de sono.

Quadro 2.2. Coeficientes de Correlação de Pearson entre as variáveis em estudo por grupo de participantes (continuação).

Ensino Superior Militar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16.LiteraciaDigital	-0,09	0,03	0,01	0,05	0,05	0,02	-0,04	-0,04	-0,13*	-0,04	-0,16*	-0,02	-0,01	-0,01	-0,01
17.LDProcura	-0,10	0,05	0,02	0,04	0,00	0,06	-0,01	0,00	-0,10	-0,02	-0,13*	-0,03	-0,01	-0,02	-0,02
18.LDUtização	-0,6	0,01	0,01	0,05	0,09	-0,03	-0,07	0,08	-0,16*	-0,06	0,18**	-0,00	0,01	-0,04	0,01
19.Bem-estar	0,11	0,14*	0,15*	0,04	0,02	0,07	0,08	0,02	0,08	0,25**	-0,00	0,20**	0,03	0,03	0,00
20.EVGlobal	0,06	0,14*	-0,04	0,06	0,04	0,15*	0,14*	0,21**	-0,07	-0,04	0,12	0,02	0,03	-0,01	0,01
21.Família/Amigos	0,09	0,13*	-0,00	0,10	0,02	0,01	0,05	0,13	-0,04	-0,08	0,06	0,01	0,03	-0,01	0,02
22.Act.Física/Associativismo	-0,02	0,07	-0,08	0,03	0,04	-0,03	0,07	-0,04	-0,09	0,01	0,07	-0,01	-0,04	0,01	0,01
23.Nutrição	-0,01	-0,05	0,07	0,14*	-0,00	0,08	0,40**	-0,12	-0,03	-0,05	0,02	0,05	0,13	0,05	-0,04
24.Tabaco	-0,13*	-0,03	0,08	0,04	-0,17**	0,00	0,01	-0,02	-0,03	0,13	0,11	-0,04	-0,02	0,01	0,01
25.Álcool	0,19**	-0,08	0,01	0,06	0,01	-0,10	-0,06	0,03	0,00	-0,25**	0,07	-0,09	-0,09	-0,07	-0,08
26.SonoStress	-0,06	0,22**	-0,10	0,07	0,10	0,30**	0,09	0,40**	-0,10	0,08	0,11	0,05	-0,01	0,07	0,06
27.Trabalho/Personalidade	-0,04	0,15*	-0,08	0,09	-0,01	0,18**	0,10	0,16*	-0,10	-0,02	-0,04	0,07	0,04	0,08	0,07
28.Introspeção	-0,02	0,14	-0,01	0,08	0,10	0,13	0,10	0,17	-0,12	0,07	0,03	0,09	0,06	0,11	0,08
29.ComportamentosSaúde	0,11	0,08	0,05	-0,06	-0,11	0,02	0,06	0,04	0,12	0,00	0,06	-0,00	0,02	-0,04	0,00
30.OutrosComportamentos	0,10	-0,05	-0,05	0,01	0,10	0,03	0,04	0,08	0,07	0,01	0,17*	-0,11	-0,07	-0,11	-0,10

Nota. Sexo (dummy variable: 0 = masculino, 1 = feminino), Deslocado (dummy variable: 0 = sim, 1 = não), *p<.05, **p<.01

Quadro 2.3. Coeficientes de Correlação de Pearson entre as variáveis em estudo por grupo de participantes (continuação).

Ensino Superior	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Ensino Superior Militar															
16. Literacia Digital	-	0,96**	0,95**	0,05	0,07	0,06	0,02	0,04	0,13*	-0,04	0,01	0,05	0,03	0,11	0,05
17. LD Procura	0,96**	-	0,81**	0,06	0,07	0,05	0,01	0,01	0,16*	-0,06	0,01	0,06	0,02	0,14*	0,03
18. LD Utilização	0,95**	0,81**	-	0,05	0,07	0,06	0,03	0,07	0,09	-0,00	0,01	0,04	0,03	0,06	0,05
19. Bem-estar	0,05	0,05	0,05	-	0,52**	0,43**	0,26**	0,09	-0,07	0,20**	0,26**	0,22**	0,41**	0,24**	0,44**
20. EV Global	0,07	0,07	0,07	0,52**	-	0,57**	0,50**	0,28**	-0,07	0,47**	0,56**	0,62**	0,71**	0,55**	0,46**
21. Família/Amigos	0,06	0,05	0,06	0,43**	0,57**	-	0,24**	-0,01	-0,11	0,12	0,25**	0,24**	0,35**	0,41**	0,22**
22. Atividade Física/ Associativismo	0,02	0,01	0,03	0,26**	0,50**	0,24**	-	0,10	0,06	0,18**	0,13	0,12	0,23**	0,26**	0,35**
23. Nutrição	0,04	0,01	0,07	0,09	0,28**	-0,01	0,10	-	-0,07	0,15*	-0,05	0,06	0,10	0,13*	0,09
24. Tabaco	0,13*	0,16*	0,09	-0,07	-0,07	-0,11	0,06	-0,07	-	-0,13	0,21**	-0,06	-0,07	-0,03	-0,08
25. Álcool	-0,04	-0,06	-0,00	0,20**	0,47**	0,12	0,18**	0,15*	-0,13	-	0,00	0,14*	0,15*	0,12	0,29**
26. Sono Stress	0,01	0,01	0,01	0,26**	0,56**	0,025**	0,13	-0,05	-	0,01	-	0,44**	0,41**	0,16*	0,13*
27. Trabalho/ Personalidade	0,05	0,06	0,04	0,22**	0,62**	0,24**	0,12	0,06	0,21**	-0,06	0,14*	0,44**	-	0,60**	0,13*
28. Introspeção	0,03	0,02	0,03	0,41**	0,71**	0,35**	0,23**	0,10	-0,07	0,15*	0,41**	0,60**	-	0,21**	0,13
29. Comportamentos Saúde	0,11	0,14*	0,06	0,24**	0,55**	0,41**	0,26**	0,13*	-0,03	0,12	0,16*	0,13*	0,21**	-	0,26**
30. Outros Comportamentos	0,05	0,03	0,05	0,44**	0,46**	0,22**	0,35**	0,08	-0,08	0,29**	0,13*	0,01	0,13	0,26**	-

Nota. Sexo (dummy variable: 0 = masculino, 1 = feminino), Deslocado (dummy variable: 0 = sim, 1 = não), *p<.05, **p<.01

3.3. Comparação entre os estudantes do Ensino Superior Militar e Civil

O Quadro 3 apresenta o resultado do teste de comparação de médias das variáveis em estudo de forma a compreender as diferenças entre os estudantes dos dois tipos de ensino superior. Verificou-se que os participantes têm características distintas, começando pela idade dos participantes e pela média de horas de sono, sendo esta mais elevada no ensino superior civil.

Quadro 3. Estatística descritiva e resultados do teste de diferenças de médias entre o Ensino Superior e o Ensino Superior Militar (n=356)

Variável	Amplitude	Ensino Superior Militar (n=233)		Ensino Superior (n=123)		t
		M	DP	M	DP	
Idade	18-30	20,88	1,60	21,60	2,15	-3,24***
Horas sono	2-12	5,38	1,17	7,06	1,08	-13,58***
Literacia Saúde	0-66,67	37,26	9,27	36,11	7,53	1,18
- Cuidados Saúde	0-66,67	37,07	9,97	37,50	8,21	-0,40
- Prevenção Doença	0-66,67	37,18	10,45	34,15	9,81	2,67**
- Promoção Saúde	0-66,67	37,52	10,56	36,69	9,95	0,72
Literacia Digital	1-5	3,40	0,75	3,47	0,75	-0,75
-Procura	1-5	3,41	0,83	3,51	0,80	-1,05
-Utilização	1-5	3,39	0,75	3,42	0,77	-0,35
Estilo de Vida	50-112	83,29	11,49	80,03	11,64	2,53*
-Família/Amigos	0-8	6,48	2,00	6,85	1,90	-1,69
-Atividade física/Associativismo	0-12	10,49	1,84	7,80	2,86	8,92***
-Nutrição	2-12	8,69	1,92	7,37	2,37	5,33***
-Tabaco	0-4	0,50	1,03	0,65	1,13	-1,25
-Álcool/Drogas	10-24	20,31	3,03	21,35	2,58	-3,37***
-Sono/Stress	0-12	6,58	3,11	6,68	3,12	-0,31
-Trabalho/Personalidade	0-12	6,91	2,55	6,29	2,77	2,14*
-Introspeção	0-12	8,71	2,85	7,38	3,20	4,02***
-Comportamentos Saúde	2-12	7,87	2,55	8,31	2,84	-1,43
-Outros Comportamentos	0-8	6,89	1,76	7,34	1,19	-2,96**
Comunicação RS	0-224	16,28	26,20	15,96	16,70	0,12
Frequência RS	1-5	3,48	0,93	3,59	0,83	-1,17
Bem-Estar	15-56	44,47	7,98	45,17	7,10	-0,85

Nota. Ensino (dummy variable: 0 = ensino superior militar, 1 = ensino superior), * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Quanto à literacia em saúde verificam-se diferenças na subescala da prevenção da doença, apresentando os estudantes do ensino superior militar níveis mais elevados.

Relativamente aos estilos de vida, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da atividade física/associativismo, nutrição, trabalho/personalidade e introspeção, com níveis mais elevados no ensino superior militar. Nas dimensões álcool e drogas, e na dimensão relativa a outros comportamentos do estilo de vida, como por exemplo comportamentos de segurança enquanto condutor, foram os alunos do ensino superior não militar que apresentaram níveis mais elevados, o que significa que apresentam menos consumos destas substâncias.

3.4. Análise dos preditores do Estilo de Vida

De modo a explorar os possíveis preditores do estilo de vida dos estudantes do ensino superior, foram realizadas duas regressões múltiplas hierárquicas, uma para o ensino superior militar e outra para o ensino superior não militar.

Quadro 4. Regressão múltipla hierárquica com a variável dependente *Estilo de Vida* para o Ensino Superior Militar ($n=233$)

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Sexo	3,20	2,59	0,09	3,56	2,60	0,10
Idade	0,52	0,50	0,07	0,48	0,50	0,07
Deslocado	0,38	1,76	0,02	0,22	1,76	0,01
Média de Horas Sono	1,95	0,71	0,20**	1,97	0,71	0,20**
Doença Crónica	-9,86	5,26	-0,13	-9,48	5,27	-0,13
Comunicação RS	-0,03	0,03	-0,06	-0,03	0,03	-0,06
Frequência RS	1,60	1,04	0,11	1,82	1,05	0,12
Literacia Digital				1,25	1,07	0,08
Literacia em Saúde				0,08	0,09	0,06
R^2		0,06			0,06	
<i>F for change in R²</i>		2,90**			0,98	

Nota. (dummy variable: 0 = masculino, 1 = feminino), * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

No quadro 4 encontram-se os resultados da regressão múltipla hierárquica para o estilo de vida entre os estudantes do ensino superior militar. Apenas o número de horas de sono foi considerado preditor de um estilo de vida saudável neste grupo de estudantes, explicando o primeiro modelo 6% da variância do estilo de vida, sendo que os níveis de literacia em saúde nem literacia em saúde digital (modelo 2) não se revelaram preditores significativos.

Quadro 5. Regressão múltipla hierárquica com a variável dependente *Estilo de Vida para o Ensino Superior não Militar* (n=123)

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Sexo	-2,95	2,59	-0,11	-2,55	2,54	-0,20
Idade	0,80	0,57	0,14	0,78	0,56	0,14
Deslocado	0,62	2,37	0,03	0,31	2,33	0,01
Média de Horas Sono	1,58	1,11	0,15	1,57	1,08	0,15
Doença Crónica	-2,06	2,90	-0,07	-1,94	2,84	-0,07
Comunicação RS	-0,00	0,07	-0,01	0,02	0,07	0,03
Frequência RS	-2,06	3,71	-0,05	-3,23	3,65	-0,08
Literacia Digital				-0,20	1,49	-0,01
Literacia em Saúde				0,40	0,15	0,25**
R²		0,02			0,05	
F for change in R²		1,02			3,49*	

Nota. (dummy variable: 0 = masculino, 1 = feminino), * $p < .05$, ** $p < .01$

No quadro 5 observam-se os resultados da regressão múltipla hierárquica do estilo de vida para o ensino superior não militar. Apenas o modelo 2 se revelou significativo, explicando 5% da variância do estilo de vida, apresentando como preditor significativo apenas a literacia em saúde.

3.5. Análise dos preditores de Bem-Estar

Com o propósito de verificar os preditores de bem-estar foram realizadas duas regressões múltiplas hierárquica, uma para o ensino superior militar e outra para o ensino superior não militar.

Quadro 6. Regressão múltipla hierárquica com a variável dependente Bem-Estar para o Ensino Superior Militar (n=233)

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Sexo	3,50	1,76	0,14*	3,64	1,77	0,14*
Idade	0,47	0,34	0,20	0,45	0,34	0,09
Deslocado	2,11	1,19	0,12	2,04	1,20	0,12
Média de Horas Sono	0,12	0,49	0,02**	0,13	0,49	0,02**
Doença Crónica	1,53	3,57	0,03	1,78	3,59	0,03
Comunicação RS	0,03	0,02	0,11	0,03	0,02	0,11
Frequência RS	2,41	0,71	0,23***	2,51	0,72	0,24***
Literacia Digital				0,76	0,73	0,07
Literacia em Saúde				0,00	0,06	0,00
<i>R</i> ²		0,083			0,079	
<i>F</i> for change in <i>R</i> ²		3,74***			3,02**	

Nota. (dummy variable: 0 = masculino, 1 = feminino), * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

No quadro 6 encontram-se os resultados da regressão múltipla hierárquica em relação à variável bem-estar para o grupo do ensino superior militar. Em ambos os modelos, ser do sexo feminino, a média de horas de sono e a frequência de utilização das redes sociais demonstraram ser significativos para o bem-estar, explicando no seu conjunto 8,3% da sua variância. As dimensões da literacia em saúde e literacia em saúde digital não se revelaram significativas (modelo 2).

Quadro 7. Regressão múltipla hierárquica com a variável dependente Bem-Estar para o Ensino Superior não Militar (n=123)

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Sexo	-0,17	1,63	-0,01	0,10	1,62	0,00
Idade	0,60	0,36	0,17	0,60	0,36	0,17
Deslocado	0,74	1,50	0,05	0,56	1,49	0,04
Média de Horas Sono	-0,70	0,69	-0,10	-0,71	0,69	-0,11
Doença Crónica	0,03	1,83	-0,04	-0,69	1,82	-0,04
Comunicação RS	-2,45	0,04	0,06	0,04	0,04	0,09
Frequência RS	-2,45	2,34	-0,10	-2,98	2,34	-0,12
Literacia Digital				0,10	0,95	0,01
Literacia em Saúde				0,19	0,10	0,19 ^x
<i>R</i>²		-0,01			0,01	
<i>F</i> for change in <i>R</i>²		0,86			1,82	

Nota (dummy variable: 0 = masculino, 1 = feminino), ^x*p* = 0,06

No quadro 7 apresentam-se os resultados da regressão múltipla hierárquica em relação ao bem-estar dos alunos do ensino superior não militar. Apesar de nenhum dos modelos apresentar preditores significativos, destaca-se o facto de a literacia em saúde apresentar um valor próximo da significância estatística.

Capítulo IV. Discussão dos Resultados

A presente dissertação teve como objetivo compreender de que forma a literacia em saúde, a literacia em saúde digital e a utilização das redes sociais se relacionam com os estilos de vida e o bem-estar de estudantes do ensino superior militar e civil.

No presente estudo, 30,7% dos participantes apresentou níveis de literacia em saúde problemáticos ou inadequados, 48,9% indicam ter níveis suficientes e, 17,1% demonstrou ter níveis de literacia em saúde excelentes. Estes resultados são congruentes com outros estudos realizados com a população portuguesa, em que metade dos participantes apresentaram níveis de literacia em saúde considerados inadequados ou problemáticos (Espanha et al., 2015; Pedro et al., 2016). Apesar da literacia em saúde no geral apresentar níveis mais elevados nos jovens, apenas 66% demonstrou ter níveis bons de literacia em saúde, sendo fundamental o desenvolvimento e implementação de intervenções nesta área de modo a promover a literacia nos adultos emergentes (Loureiro et al., 2014; Nutbeam, 2008; Sousa et al., 2019). A literacia em saúde não só permite uma manutenção da saúde e a adoção de comportamentos saudáveis, como também é o fator que irá influenciar a tomada de decisão mais adequada face à prevenção da doença. Pacientes com melhores níveis de literacia em saúde demonstram uma melhor técnica face ao controlo da doença, sendo este construto crucial para um cuidado adequado com a saúde (Williams et al., 1998). Por seu turno, baixos níveis de literacia em saúde apresentam-se associados a uma maior utilização dos serviços de urgência e de internamentos, devido a menor recurso a estratégias de prevenção da doença e da promoção da saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019).

No que se refere à literacia em saúde digital, os participantes apresentam bons níveis de e-literacia, em linha com os dados obtidos no estudo de adaptação da escala à população portuguesa de adolescentes (Tomás, 2014). Este resultado é encorajador, pois segundo a literatura, a literacia em saúde digital apresenta-se como uma boa ferramenta de promoção da saúde, permitindo um rápido acesso à informação e a elementos importantes para a decisão ponderada acerca da saúde e da adoção de comportamentos saudáveis, evitando os comportamentos de alto risco, tão característico desta faixa etária (Francisco & Arriaga, 2020; Isabely et al., 2017; Rosa, 2016; Sousa et al., 2019). Num estudo realizado com adultos, foi possível verificar que a utilização da internet melhora os níveis de literacia em saúde até três vezes mais, quando comparado com pessoas que

não têm acesso à mesma (Protheroe et al., 2017). Níveis mais elevados de literacia em saúde digital aparentam estar associados a uma pesquisa mais eficiente, permitindo uma melhor autogestão das necessidades relativamente aos cuidados de saúde e a uma utilização mais adequada da informação digital disponível (Holmberg et al., 2019; Neter & Brainin, 2012; Norman, 2011). Assim, os jovens estudantes do ensino superior apresentam-se como uma população-alvo para intervenções de literacia em saúde, apesar de existirem escassas intervenções longitudinais que sustentem o impacto das intervenções a longo prazo, o que limita o conhecimento do real impacto destas intervenções, principalmente através da tecnologia. Por exemplo, o estudo de Santos e Lima (2008) revelou que a intervenção em saúde digital específica sobre hipertensão mostrou resultados positivos, levando os participantes a alterarem os comportamentos de risco e a manterem estas alterações após a intervenção, fazendo com que estes previnam e controlem os fatores de risco associados a este tipo de doença. Por sua vez, a intervenção em saúde com base na web, de Stassen et al. (2020), com jovens estudantes, não obteve resultados eficazes em relação à melhoria das competências individuais dentro de um modelo de promoção de literacia. Contudo, as ferramentas digitais para a literacia em saúde são pouco eficazes se os utilizadores não possuírem as habilidades necessárias, sendo indispensável a própria literacia em saúde e capacidades a nível de tecnologia (Aydın et al., 2015; Estacio et al., 2019; Neter & Brainin, 2012).

A maioria dos participantes apresentou, na globalidade, valores associados a um estilo de vida considerado bom, que segundo os autores do questionário Estilo de Vida Fantástico significa que o estilo de vida adotado pelos participantes trará muitos benefícios para a saúde (Silva et al., 2014; Tomás et al., 2014). Os comportamentos de saúde adotados pelos jovens adultos são considerados importantes, pois é nesta fase que realizam comportamentos de alto risco que poderão ter consequências na saúde a curto e longo prazo (Daw et al., 2017).

Comparação entre os estudantes do ensino superior militar e não militar

No presente estudo, os estudantes do ensino superior militar e não militar apresentaram algumas diferenças nas variáveis em estudo que importa explorar. No que se refere à literacia em saúde, os estudantes do ensino militar apresentaram níveis mais elevados na dimensão da prevenção da doença, o que poderá estar relacionado com a importância dada à componente física e psíquica inculcada desde o início do percurso

militar. Ao entrarem para a Academia Militar, os jovens realizam uma série de provas que analisam estas características, sendo explicada a importância das mesmas para a entrada no ensino superior. Existindo também um acompanhamento e supervisão nesta área, é de referir ainda que a componente física aparece incutida na avaliação global (Borges, 2012).

Quanto aos estilos de vida, os participantes do ensino militar apresentaram melhores indicadores na atividade física/associativismo, nutrição, trabalho/personalidade e introspeção acerca das suas emoções, em comparação com o ensino superior. Os melhores resultados ao nível da atividade física e alimentação podem ser explicados por estes considerarem a atividade física como uma componente fundamental no seu dia-a-dia e pela alimentação ser mais controlada e adequada às necessidades que o esforço físico necessita, considerando ambos os aspetos importantes para se manterem saudáveis e capazes de realizar as tarefas e provas propostas. Segundo a literatura, por norma os comportamentos relacionados com estas dimensões – prática da atividade física e nutrição – apresentam níveis baixos no ensino superior (não militar) devido ao sedentarismo, aos comportamentos de risco característicos desta fase de desenvolvimento e ao afastamento da família que leva à adoção de um estilo de vida e uma alimentação menos saudável (Arnett, 2000; Baggio et al., 2017; Matusitz et al., 2012), o que corrobora os resultados do presente estudo. De facto, um estudo anterior realizado com estudantes militares também verificou que um estilo de vida ativo estava associado a uma melhor perceção do estado de saúde, considerando os autores que o ensino superior militar acresce aos jovens a componente da prática regular da atividade física, adquirindo a rotina de um estilo de vida mais ativo (Marques et al., 2009). Relativamente ao padrão de consumo de álcool e drogas menos saudável no ensino superior militar pode ser explicado pelo facto de ao entrar na Academia Militar surgirem novas regras, um rigor e uma conduta ética e moral que, apesar de esta fase de desenvolvimento ser caracterizada pela adoção de comportamentos de risco e de estilos de vida menos saudáveis, ao frequentarem uma instituição militar são mais controlados em determinados fatores do estilo de vida mas, por outro lado ao estarem afastados da família poderá surgir a sensação de uma maior liberdade em termos de vigilância de comportamentos de risco levando ao aumento do consumo do consumo de álcool e drogas.

Relativamente ao bem-estar, este apresentou-se correlacionado com a atividade física e com um estilo de vida mais saudável, incluindo um baixo consumo de álcool e drogas, baixos níveis de stress e boa qualidade de sono, trabalho/personalidade que se

refere aos comportamentos adotados relativamente a situações do dia-a-dia e à satisfação e felicidade sentida com o trabalho e atividades no seu geral, e por fim aos comportamentos de saúde, sendo estes resultados semelhantes nos dois tipos de ensino. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de a percepção de bem-estar ser influenciada pelos comportamentos de saúde, pois segundo a literatura, os indivíduos que adotam estilos de vida mais saudáveis têm, conseqüentemente, níveis de bem-estar mais elevados (Brailovskaia et al., 2020; Matos & Carvalhosa, 2001).

Preditores do estilo de vida

No presente estudo, para os alunos do ensino superior civil a literacia em saúde foi identificada como o único preditor significativo do estilo de vida, considerando todas as variáveis em estudo. Este resultado é bastante encorajador, dado que segunda a literatura a literacia em saúde é uma ferramenta importante para alcançar a mudança a nível de comportamentos de saúde, através principalmente de comportamentos relacionados com os estilos de vida saudáveis. Para que a adoção de comportamentos saudáveis ocorra, é necessário que exista uma consciencialização sobre os determinantes da saúde direcionados para a promoção de comportamentos promotores da mesma (Direção-Geral da Saúde, 2019; Loureiro et al., 2014; Nutbeam, 2008). Apesar do aumento da consciência sobre a promoção da saúde com o intuito de capacitar os indivíduos, aumentando os seus níveis de literacia em saúde, é de referir que existem poucos estudos na área que nos permitam ter uma perspetiva mais geral sobre a literacia em saúde da população em Portugal e da eficácia das intervenções em populações com baixos níveis de literacia. Face às intervenções no estilo de vida, a eficácia é questionável devido a estas serem abrangentes e consideradas inespecíficas para a promoção da literacia em saúde e conseqüentemente para a mudança de comportamentos, sendo importante existirem intervenções específicas para um determinado problema ou competência (Stassen et al., 2020).

Por sua vez, no ensino superior militar, o único preditor significativo do estilo de vida foi o número de horas de sono. Sendo o sono considerado um determinante de um estilo de vida saudável e de uma boa saúde mental e física, este resultado vai ao encontro de outros estudos que indicam que o sono de má qualidade está associado a comportamentos de saúde inadequados e a um pior estilo de vida (Duncan et al., 2014;

Monk et al., 2003; Prendergast, Schofield, et al., 2016). xx Por sua vez, este preditor poderá ser explicado no ensino superior militar pela rigidez e pelo horário fixo que inicia logo pela manhã, enquanto que para o ensino superior civil por norma este horário varia consoante as cadeiras, não sendo tao regular como no ensino superior militar.

Preditores do bem-estar

No presente estudo, no ensino superior não militar não foi possível identificar nenhum preditor significativo do bem-estar destes estudantes, embora o papel da literacia em saúde deva ser explorada em estudos futuros, considerando o nível próximo de significância estatística e a correlação positiva entre bem-estar e estilo de vida saudável, como referido anteriormente. Todavia, no ensino superior militar destacaram-se o género feminino, o número de horas de sono e a frequência de utilização das redes sociais como preditores significativos do bem-estar. O bem-estar é influenciado pelos comportamentos que adotamos no nosso dia-a-dia, sendo fundamental que os comportamentos sejam saudáveis e não de risco para a nossa saúde (Prendergast, Mackay, & Schofield, 2016; Reis et al., 2017; Rosa, 2016).

O facto de o género feminino ter sido considerado um dos preditores do bem-estar nos estudantes do ensino superior militar poderá estar relacionado com a cultura e com o contexto da instituição militar. Apesar de as mulheres se encontrarem em minoria na Academia Militar e, por vezes serem vistas como menos eficazes em termos de capacidades físicas quando comparadas aos homens, o facto de as mulheres por norma terem de se esforçar mais na componente física, poderá ter efeitos positivos no bem-estar ao conseguirem alcançar um bom desempenho, mostrando resiliência, motivação e dedicação para lidarem com as exigências que o contexto militar acarreta. Na literatura encontramos resultados que vão no sentido contrário aos resultados deste estudo, já que a maioria dos estudos identifica que os homens apresentam níveis mais elevados de bem-estar em comparação com as mulheres (Bachion Ceribeli et al., 2016; Giesta & Fonte, 2016), enquanto que outros estudos revelam não existir diferenças significativas entre géneros relativamente aos níveis de bem-estar (Ferreira, 2015; Monte, Fonte, & Alves, 2015).

Relativamente ao sono, este resultado pode ser explicado pelo reduzido número de horas dormidas por noite no ensino superior militar face ao ensino superior civil. Esta

componente do estilo de vida pode assim ser considerado um fator importante que influencia não só o desempenho académico como também o bem-estar dos jovens. É de referir que a entrada na Academia Militar é marcada por uma alteração nos hábitos de vida, incluindo o regime de internato que está associado a uma nova dinâmica de horários e regras. Acordam com a alvorada no início da manhã, e têm por norma um horário preenchido de aulas e atividades, que com os estudos poderá resultar em poucas horas de sono. De facto, a média de horas de sono dos militares é de 5,4 horas enquanto que no ensino superior não militar é de 7,1 horas, alguns estudos apontam para a importância do sono e da qualidade do mesmo para o bem-estar, sugerindo uma média de 7-8 horas de forma a manter uma boa saúde, sendo característico nesta fase de desenvolvimento a qualidade e quantidade do sono serem afetados, apresentando resultados piores, ou seja menos horas de sono e pior qualidade do mesmo (Borges, 2012; Palma Rosinha A. & De Andrade Júnior, 2020; Sales et al., 2017; Vasconcelos, 2019).

Por fim, a maior frequência de utilização das redes sociais parece predizer o aumento do bem-estar subjetivo. Esta associação pode ser explicada pelo afastamento da família e amigos devido ao regime de internato. Assim, ao utilizarem as novas tecnologias conseguem estar mais perto de pessoas significativas nas suas vidas, mesmo estando ausentes fisicamente, conseguindo deste modo manter relações que aumentam, por norma, os níveis de bem-estar (Cunha, 2018; Heitor & Simon, 2008; Palma Rosinha & Andrade Júnior, 2020). Apesar de alguns estudos apresentarem as redes sociais como uma componente negativa associada à má qualidade do sono, baixa autoestima, ansiedade e depressão (Caplan, 2007; Dhir et al., 2018; Nicedalva et al., 2019; Verduyn et al., 2017; Woods & Scott, 2016), estas são também consideradas por muitos autores uma ferramenta importante para a promoção do bem-estar e saúde (Christopherson, 2007; Ikpi & Undelikwo, 2019; Steinfield et al., 2008), o que é corroborado pelos dados do presente estudo no que se refere ao contexto do ensino superior militar.

4.1. Limitações e sugestões para estudos futuros

As principais limitações da presente investigação dizem respeito à recolha de dados, especificamente o facto de a amostragem não ter sido aleatória e de não existir homogeneidade entre os dois tipos de estudantes do ensino superior, pois a amostra do

ensino superior militar é maior e com uma muito maior prevalência do género masculino. O facto de a amostra não ser representativa da população de estudantes do ensino superior em Portugal não permite uma generalização dos resultados, mas traz um contributo significativo ao estudo da literacia em saúde e dimensões associadas em jovens adultos.

Relativamente à literacia em saúde digital, esta já faz parte do nosso presente e certamente fará parte do nosso futuro, sendo relevante realizar estudos nesta área que cada vez têm mais influencia nas nossas decisões, principalmente procurando-se compreender melhor o impacto desta componente específica da literacia em saúde na saúde e bem-estar dos indivíduos.

É de referir o resultado inovador, referente ao género feminino como preditor de bem-estar, pelo que se sugere o desenvolvimento de mais estudos nesta área no contexto militar, com o objetivo de compreender as diferenças entre os géneros nesta população.

4.2. Implicações para a prática

A saúde é um estado de bem-estar e é na fase de desenvolvimento dos adultos emergentes que surgem a maioria das doenças mentais e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis e com efeitos negativos para a saúde a curto e longo prazo. Esta fase é, por isso, uma excelente oportunidade para direcionar estratégias de promoção da saúde e de estilos de vida mais saudáveis, realizando intervenções com esta população específica promovendo, conseqüentemente o bem-estar e os estilos de vida destes jovens (Reis, Camacho, Ramiro, Tomé, et al., 2015; Tomás, 2014; Usher & Curran, 2019; Veness, 2016). É de salientar a importância de intervenções focadas na aquisição de competências de literacia em saúde e de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, especialmente nesta fase de desenvolvimento em que os jovens, por norma fazem escolhas pouco saudáveis salientando-se o sedentarismo, consumo de substâncias e alimentação pouco saudável. É importante analisar a eficácia das intervenções a curto e longo prazo e, compreender quais devem ter maior foco consoante o tipo de população e fragilidades específicas, consoante o contexto em que estão inseridos.

Os resultados do presente estudo são relevantes para a intervenção com a população de adultos emergentes inseridos em contextos de ensino superior distintos,

ficando clara a pertinência da promoção da literacia em saúde e da literacia em saúde digital desta população de modo a prevenir os comportamentos de risco tão característicos desta fase de desenvolvimento (Ansari et al., 2011; Estacio et al., 2019; Protheroe et al., 2017). Em estudos anteriores foi possível observar que, promover estilos de vida saudáveis melhora não só a saúde como é um indicador de bem-estar, aumentando conseqüentemente a qualidade de vida do indivíduo. Uma forma de promover estes estilos de vida saudáveis é através da educação e da promoção da literacia em saúde que, capacita os indivíduos para que estes possam tomar decisões conscientes sobre a sua saúde, melhorando a utilização dos serviços destinados a esse propósito e diminuindo os comportamentos de risco, aumentando não só a saúde como também os níveis de bem-estar (Loureiro et al., 2012; Pina, 2020; Rodrigues, 2018).

A literacia em saúde tem presente o papel que a escola ocupa na sociedade, como sendo uma parte fundamental para o crescimento, desenvolvimento e maturação dos jovens, constituindo-se como a chave para uma participação responsável e de sucesso conducente ao bem-estar dos cidadãos na sociedade. É fundamental a adoção de comportamentos mais saudáveis de modo a promover o seu reconhecimento, prevenção e gestão de um modo eficaz. As páginas da internet dedicadas à saúde são uma fonte privilegiada de informação, na medida em que permitem não só o acesso à informação como também potencializam a compreensão pelo esclarecimento de possíveis dúvidas e as ações necessárias a serem implementadas. Sendo para isso, fundamental capacitar os indivíduos a nível de competências relacionadas com a utilização da tecnologia e com a própria literacia em saúde digital, permitindo filtrar as informações e saber direcionar a pesquisa para fontes fidedignas, ajudando a compreender melhor a doença e a promover de forma adequada a sua saúde e a dos que dependem do mesmo, sendo estes crianças ou pessoas com idade avançada que necessitam de cuidados mais específicos. (Estacio et al., 2019; Loureiro et al., 2012).

Capítulo V. Conclusão

O desenvolvimento das tecnologias e o acesso facilitado à internet tem vindo a mudar a forma como as pessoas assumem o controlo sobre a sua saúde, afetando consequentemente o modo como os indivíduos tomam decisões, como procuram as informações e as escolhas que fazem em relação ao seu estilo de vida, prevenção e tratamento de doenças.

O presente estudo permitindo trazer um contributo significativo ao estudo da literacia em saúde e dimensões associadas aos adultos emergentes em diferentes contextos de ensino. As principais diferenças centram-se na prevenção da doença, na prática de atividade física, nutrição, trabalho/personalidade e introspeção que apresentaram níveis mais elevados no contexto militar. Estes resultados apelam à diferença entre estes dois grupos, revelando a importância da adoção de comportamentos saudáveis e, da sua ligação com a promoção da saúde e estilos de vida mais saudáveis. Salientando que, um estilo de vida mais ativo promove uma melhor perceção do estado de saúde e elevados níveis de bem-estar, sendo crucial promovê-lo junto dos jovens adultos.

Comparando os dois grupos, destaca-se a literacia em saúde como um preditor de estilo de vida para o ensino superior civil, realçando a importância da conscientização dos determinantes de saúde para que seja possível a mudança de comportamentos face ao estilo de vida. Por sua vez, no ensino superior militar o preditor de estilo de vida foi o sono revelando, assim a importância desta variável no contexto militar e como fator importante na determinação de um estilo de vida saudável.

Face à literacia em saúde digital os participantes apresentam bons níveis de e-literacia, o que representa um resultado encorajador para a promoção da saúde pois é uma ferramenta que permite um rápido acesso à informação e a elementos importantes para a decisão ponderada acerca da saúde e da adoção de comportamentos saudáveis, evitando os comportamentos de alto risco, tão característico desta faixa etária.

Os resultados do presente estudo indicam que o bem-estar é influenciado pelos comportamentos que adotamos todos os dias, a sua associação com a literacia em saúde, estilos de vida e a adequada utilização das redes sociais demonstram que esta é uma variável fundamental para o aumento de comportamentos saudáveis, diminuindo os

comportamentos de risco e potencialmente prejudiciais para a saúde. Com o aumento dos conhecimentos e capacidades dos indivíduos face à saúde, elevamos os níveis de bem-estar da população o que demonstra a importância destas variáveis enquanto competências e habilidades necessárias ao longo do desenvolvimento dos jovens.

Este estudo apresenta-se como um possível contributo para as investigações futuras realizadas nesta área, uma vez que são temas atuais, pouco estudados e, com impacto na promoção da saúde e no bem-estar dos adultos emergentes. Com este estudo pretendia-se contribuir para a amplificação do conhecimento científico na área da literacia em saúde, redes sociais e literacia em saúde digital dos estudantes universitários de modo a compreender a relação entre estas variáveis e, disponibilizar informações relevantes para possíveis estudos e programas de intervenção neste âmbito com os jovens adultos.

Referências Bibliográficas

- Adler, A., & Seligman, M. E. P. (2016). Using wellbeing for public policy: Theory, measurement, and recommendations. *International Journal of Wellbeing*, 6(1), 1–35. <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i1.429>
- Almeida, L. (2007). Transição, adaptação académica e êxito escolar no ensino superior. *Revista Galego-Portuguesa de Psicologia e Educación*, 15, 203–215.
- Ansari, W. El, Stock, C., John, J., Deeny, P., Phillips, C., Snelgrove, S., Adetunji, H., Hu, X., Parke, S., Stoate, M., & Mabhala., A. (2011). Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. *Central European Journal of Public Health*, 19(4), 197–204. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3684>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2007a). Emerging adulthood, a 21st century theory: A rejoinder to Hendry and Kloep. *Society for Research in Child Development*, 1(2), 80–82.
- Arnett, J. J. (2007b). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68–73.
- Aydın, G. Ö., Kaya, N., & Turan, N. (2015). The role of health literacy in access to online health information. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 195, 1683–1687. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.06.252>
- Baggio, S., Studer, J., Iglesias, K., Daeppen, J. B., & Gmel, G. (2017). Emerging adulthood: A time of changes in psychosocial well-being. *Evaluation and the Health Professions*, 40(4), 383–400. <https://doi.org/10.1177/0163278716663602>
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15, 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
- Borges, J. V. (2012). *Viver Academia Militar* (edições especiais By the Book (ed.)).
- Brailovskaia, J., Ströse, F., Schillack, H., & Margraf, J. (2020). Less facebook use – More well-being and a healthier lifestyle? An experimental intervention study.

- Computers in Human Behavior*, 108, 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106332>
- Caplan, S. E. (2007). Relations among loneliness, social anxiety, and problematic internet use. *Cyberpsychology and Behavior*, 10(2), 234–242.
<https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9963>
- Christopherson, K. M. (2007). The positive and negative implications of anonymity in Internet social interactions : ““ On the Internet , Nobody Knows You ” re a Dog ””
q. *ScienceDirect*, 23, 3038–3056. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2006.09.001>
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
<https://doi.org/10.1016/j.jorganchem.2011.01.025>
- Costa, R. M., Patrão, I., & Machado, M. (2019). Problematic internet use and feelings of loneliness. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(2), 160–162. <https://doi.org/10.1080/13651501.2018.1539180>
- Coutinho, A. (2014). *A importância do desenvolvimento das competências de liderança na formação e carreira dos futuros oficiais de administração militar*.
- Coyne, S. M., Padilla-Walker, L. M., & Howard, E. (2014). Media uses in emerging adulthood. In J. J. Arnett (Ed.), *The Oxford handbook of emerging adulthood* (pp. 1–29). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199795574.013.003>
- Cunha, A. J. T. da. (2018). *Contributos para a Validação do Modelo Psicológico de Selecção de Cadetes para a Academia Militar*.
- Daw, J., Margolis, R., & Wright, L. (2017). Emerging adulthood, emergent health lifestyles: Sociodemographic determinants of trajectories of smoking, binge drinking, obesity, and sedentary behavior. *Physiology & Behavior*, 58(2), 181–197.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Dhir, A., Yossatorn, Y., Kaur, P., & Chen, S. (2018). Online social media fatigue and psychological wellbeing—A study of compulsive use, fear of missing out, fatigue, anxiety and depression. *International Journal of Information Management*, 40(December 2017), 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2018.01.012>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual De Boas Práticas literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde.

<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>

- Dost, M. T. (2006). Subjective well-being among university students. *Hacettepe University Journal of Education*, 31, 188–197.
<http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/recordDetail?accno=EJ807927>
- Duncan, M. J., Kline, C. E., Vandelanotte, C., Sargent, C., Rogers, N. L., & Di Milia, L. (2014). Cross-sectional associations between multiple lifestyle behaviors and health-related quality of life in the 10,000 steps cohort. *PLoS ONE*, 9(4), 15–17.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094184>
- Dunn, P., & Hazzard, E. (2019). Technology approaches to digital health literacy. *International Journal of Cardiology*, 293(August), 294–296.
<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.06.039>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, V. (2015). *Literacia em Saúde em Portugal - Relatório Síntese*. <http://www.gulbenkian.pt>
- Estacio, E. V., Whittle, R., & Protheroe, J. (2019). The digital divide: Examining socio-demographic factors associated with health literacy, access and use of internet to seek health information. *Journal of Health Psychology*, 24(12), 1668–1675.
- Francisco, R., & Arriaga, M. (2020). Literacia na saúde e no digital: Relações nos estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 21, 2020.
- Haapasalo, V., de Vries, H., Vandelanotte, C., Rosenkranz, R. R., & Duncan, M. J. (2018). Cross-sectional associations between multiple lifestyle behaviours and excellent well-being in Australian adults. *Preventive Medicine*, 116(September), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.09.003>
- Heitor, F., & Simon, C. (2008). Psicologia positiva em ambientes militares bem-estar subjetivo entre cadetes do Exército Brasileiro. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 158–171.
- Holmberg, C., Berg, C., Dahlgren, J., Lissner, L., & Chaplin, J. E. (2019). Health literacy in a complex digital media landscape: Pediatric obesity patients' experiences with online weight, food, and health information. *Health Informatics Journal*, 25(4), 1343–1357. <https://doi.org/10.1177/1460458218759699>
- Hone, L. C., Jarden, A., Schofield, G., & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing.

- International Journal of Wellbeing*, 4(1), 62–90. <https://doi.org/10.5502/ijw.v4i1.4>
- Ikpi, N. E., & Undelikwo, V. A. (2019). Social media use and students' health-lifestyle modification in University of Calabar, Nigeria. *European Journal of Interdisciplinary Studies*, 5(1), 47. <https://doi.org/10.26417/ejis.v5i1.p47-54>
- Isabely, I. R., Renata, R. S., & Graziela, G. T. (2017). Estilo de vida e bem-estar de estudantes da área da saúde. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 34, 67–81. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i34.30387>
- Jensen, J. D., King, A. J., Davis, L. A., & Guntzville, L. M. (2010). Utilization of internet technology by low-income adults: The role of health literacy, health numeracy, and computer assistance. *Journal of Aging and Health*, 22(6), 804–826. <https://doi.org/10.1177/0898264310366161>
- Lange, I., & Vio, F. (2006). *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. In *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior* (H. Grunpeter & M. Romo (eds.)). <http://www7.uc.cl/ucsaludable/img/guiaUSal.pdf>
- Lapsley, D., & Hardy, S. A. (2017). Identity Formation and Moral Development in Emerging Adulthood. In *Flourishing in emerging adulthood : Positive development during the third decade of life* (Vol. 1, pp. 14–39). https://maplab.nd.edu/assets/224930/chapter5_identity_formation_and_moral_development_in_emerging_adulthood_abstract_key_words.pdf
- Loureiro, L. M. de J., Jorm, A. F., Rodrigues, M. A., Santos, J. C. P., Oliveira, R. A., Abrantes, A. R. D., Sousa, C. S. F., Gomes, S. P. da S., Rosa, A. G. dos S., Barroso, T. M. M. D. de A., Mendes, A. M. de O. C., Ferreira, R. O., Apóstolo, J. L. A., & Cardoso, D. F. B. (2014). *Literacia em saúde mental: Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir*.
- Loureiro, L. M. de J., Mendes, A. M. de O. C., Barroso, T. M. M. D. de A., Santos, J. C. P., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: Conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 157–166. <https://doi.org/10.12707/RIII11112>
- Marques, A., Diniz, J., Carreiro, F., Contramestre, J., & Piéron, M. (2009). *E Imagem Corporal Dos Alunos Que Frequentam Os Estabelecimentos Militares*.

- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). A saúde dos adolescentes: Ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 43–53.
- Matusitz, J., McCormick, J., Matusitz, J., & McCormick, J. (2012). Sedentarism : The effects of internet use on Human obesity in the United States. *Social Work in Public Health*, 27(3), 250–269. <https://doi.org/10.1080/19371918.2011.542998>
- Miguel, N., & Rodrigues, V. (2012). “ *Contributos da prática de atividade física no estilo de vida e no bem-estar psicológico : estudo com alunos do ensino superior da Universidade do Algarve .*”
- Monk, T. H., Reynolds, C. F., Buysse, D. J., DeGrazia, J. M., & Kupfer, D. J. (2003). The relationship between lifestyle regularity and subjective sleep quality. *Chronobiology International*, 20(1), 97–107. <https://doi.org/10.1081/CBI-120017812>
- Montgomery, M. J. (2005). Psychosocial intimacy and identity: From early adolescence to emerging adulthood. *Journal of Adolescent Research*, 20(3), 346–374. <https://doi.org/10.1177/0743558404273118>
- Mota, M. P. G. (2018). *Literacia para a saúde relacionada com estilos de vida saudáveis*.
- Negru, O. (2012). The time of your life: Emerging adulthood characteristics in a sample of romanian high-school and university students. *Cognition, Brain, Behavior*, 16(3), 357–367.
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). EHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.1619>
- Newcomb-Anjo, S. E., Barker, E. T., & Howard, A. L. (2017). A person-centered analysis of risk factors that compromise wellbeing in emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(4), 867–883. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Nicedalva, R., Silva, J., Silva, S., Souza, F., Mota, M., & Campos, K. (2019). As emoções em modo avião: A depressão provocada pelas tecnologias de informação e comunicação (TICs). *HUM@NAE*, 13(1), 1–14.
- Norman, C. (2011). eHealth literacy 2.0: problems and opportunities with an evolving

- concept. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), 2–5.
<https://doi.org/10.2196/jmir.2035>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 1–10.
<https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Ozer, S., Meca, A., Schwartz, S. J., Ozer, S., Meca, A., & Schwartz, S. J. (2019). Globalization and identity development among emerging adults from Ladakh. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 1–12.
- Padilla-Walker, L. M., & Nelson, L. J. (2017). Flourishing in Emerging Adulthood: An Understudied Approach to the Third Decade of Life. In *Flourishing in emerging adulthood : Positive development during the third decade of life* (Vol. 1, pp. 3–13). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190260637.001.0001>
- Palma Rosinha A., A., & De Andrade Júnior, H. (2020). Adaptação ao ensino superior militar: preditores do sucesso acadêmico. *Innovar*, 30(76), 131–142.
<https://doi.org/10.15446/innovar.v30n76.85218>
- Parisod, H. (2019). Criar bases para uma vida saudável com intervenções digitais de literacia em saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(20), 3–10.
- Patrão, I., Machado, M., Fernandes, P. A., & Leal, I. (2012). Jovens e internet: Relação com o bem-estar psicológico, isolamento social e funcionamento familiar. *Atas XIII Colóquio Internacional de Psicologia e Educação*, 241–249.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(3), 259–275.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pina, A. (2020). *Literacia em saúde e o impacto sobre a gestão da saúde: Comportamentos de saúde de estudantes de países africanos de língua oficial portuguesa*.
- Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na universidade : um estudo realizado em

- alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de Las Ciencias*, 3(2), 161–170.
- Prendergast, K. B., Mackay, L. M., & Schofield, G. M. (2016). The clustering of lifestyle behaviours in New Zealand and their relationship with optimal wellbeing. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(5), 571–579.
- Prendergast, K. B., Schofield, G. M., & Mackay, L. M. (2016). Associations between lifestyle behaviours and optimal wellbeing in a diverse sample of New Zealand adults. *BMC Public Health*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2755-0>
- Protheroe, J., Whittle, R., Bartlam, B., Estacio, E. V., Clark, L., & Kurth, J. (2017). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expectations*, 20(1), 112–119. <https://doi.org/10.1111/hex.12440>
- Reis, M., Camacho, I., Ramiro, L., Gomes, P., & Gaspar, T. (2015). A escola e a transição para a universidade: *Revista de Psicologia Da Criança e Do Adolescente*, 6(2), 77–92.
- Reis, M., Camacho, I., Ramiro, L., Tomé, G., Gomes, P., Gaspar, T., Canha, L., Simões, C., & Matos, M. (2015). A escola e a transição para a universidade : idades transacionais e o seu impacto na saúde : notas a partir do estudo HBSC / OMS. *Revista Psicologia Da Criança e Do Adolescente-Journal of Child and Adolescent Psychology*, 6(2), 77–92.
- Reis, M., Matos, M., & Social, E. A. (2017). Comportamentos de saúde dos jovens universitários portugueses. In *Health Behaviour in School - Aged Children*. http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf
- Resende, M. C. de, Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia Para América Latina*, 5, 0–0. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Rodrigues, V. (2018). Health literacy. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 679–680. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.001>

- Rosa, V. A. G. (2016). Impacto da prática de exercício físico em adolescentes: Bem-estar, autoestima e rendimento escolar. *Universidade De Évora*, 1–87.
- Rosinha, A., & Coelho, M. (2010). Desempenho académico e adaptação ao ensino superior militar. *Luisiada. Economia & Empresa*, 10(2010), 141–160.
- Sales, C. M. D., Saraiva, A., & Faisca, L. (2017). Treino da resistência psicológica na recruta militar em Portugal: O papel da coesão militar, da autoestima e da ansiedade na resiliência. *Avances En Psicologia Latinoamericana*, 35(2), 1–39. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3626>
- Santos, Z. M. de S. A., & Lima, H. de P. (2008). Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(1), 90–97. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000100010>
- Schwartz, S. J. (2016). Turning point for a turning point: Advancing emerging adulthood. *Emerging Adulthood*, 4(5), 307–317. <https://doi.org/10.1177/2167696815624640>
- Seligman, M. E. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being* (1st Free P, Vol. 48, Issue 12). NY: Free Press. <https://doi.org/10.5860/choice.48-7217>
- Silva, A. M. M., Brito, I. da S., & Amado, J. M. da C. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário fantastic lifestyle assessment em estudantes do ensino superior. *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(6), 1901–1909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>
- Sousa. (2009). O sistema de saúde em Portugal: Realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 884–894. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002009000700009>
- Sousa, P., Frontini, R., Luís, L., & Ferreira, R. (2019). The relationship between eHealth literacy and adolescents' food choices. *European Journal of Public Health*, 29(Supplement 1), 32–33. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz034.099>
- Stassen, G., Grieben, C., Sauzet, O., Frobi Se, I., & Schaller, A. (2020). Health literacy promotion among young adults: A web-based intervention in German vocational schools. *Health Education Research*, 35(2), 87–98. <https://doi.org/10.1093/her/cyaa001>

- Steinfeld, C., Ellison, N. B., & Lampe, C. (2008). Social capital, self-esteem, and use of online social network sites: A longitudinal analysis. *Journal of Applied Developmental Psychology, 29*(6), 434–445.
<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.07.002>
- Subrahmanyam, K., Reich, S. M., Waechter, N., & Espinoza, G. (2008). Online and offline social networks: Use of social networking sites by emerging adults. *Journal of Applied Developmental Psychology, 29*(6), 420–433.
<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.07.003>
- Tavares, C. F. V. (2014). *Adaptação ao ensino superior, personalidade e otimismo em estudantes universitários do 1º ciclo de estudos*.
<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4231/1/CLÁUDIO FILIPE VALENTE TAVARES - ADAPTAÇÃO AO ENSINO SUPERIOR, PERSONALIDADE E OTIMISMO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO 1º CICLO DE ESTUDOS.pdf>
- Tomás, C. C. (2014). *Literacia em saúde na adolescência*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81283/2/33340.pdf>
- Tomás, C., Queirós, P., & Ferreira, T. (2014). Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-Literacia em Saúde. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 2), 19–28.
<https://doi.org/10.12707/riv14004>
- Usher, W., & Curran, C. (2019). Predicting Australia’s university students’ mental health status. *Health Promotion International, 34*(2), 312–322.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dax091>
- Vara, N., Fernandes, A., Queirós, C., & Pimentel, H. (2015). Resiliência e stress em estudantes universitários. *3º Congresso Da Ordem Dos Psicólogos Portugueses*, 569–579.
- Vasconcelos, G. N. D. (2019). *A influencia do estresse na rotina do cadete da Academia Militar das Agulhas Negras AMAN*.
- Veness, B. G. (2016). *The wicked problem of university student mental health* (Issue January).
- Verduyn, P., Ybarra, O., Résibois, M., Jonides, J., & Kross, E. (2017). Do Social

Network Sites Enhance or Undermine Subjective Well-Being? A Critical Review.
Social Issues and Policy Review, 11(1), 274–302.

<https://doi.org/10.1111/sipr.12033>

Weisskirch, R. S. (2019). Grit applied within : Identity and well-being. *Identity*, 1–11.

<https://doi.org/10.1080/15283488.2019.1604345>

Williams, M. V., Baker, D. W., Honig, E. G., Lee, T. M., & Nowlan, A. (1998).

Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*, 114(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1378/chest.114.4.1008>

Woods, H. C., & Scott, H. (2016). #Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem.

Journal of Adolescence, 51, 41–49.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008>

World Health Organization. (2013). Health literacy: The solid facts. In *WHO Regional Office for Europe* (pp. 1–73). <https://doi.org/10.1002/rcm.3390>

Anexo A

Consentimento informado

Literacia em saúde, redes sociais e literacia em saúde digital: Que relação nos estudantes do ensino superior?

A investigação para a qual pedimos a sua colaboração está a ser realizada por um grupo de investigadores do CRC-W (Catolica Research Centre for Psychological, Family and Social Wellbeing), da Universidade Católica Portuguesa, do CINAMIL (Centro de Investigação da Academia Militar) e da Academia Militar Marechal Samora Machel (Moçambique). Temos como objetivo compreender de que forma o bem-estar dos estudantes do ensino superior (militar e não militar) é influenciado pelos seus hábitos de vida, tendo em conta a literacia em saúde.

Ser-lhe-á pedido que responda a algumas perguntas sobre o tópico. Não se preocupe pois, as suas respostas serão mantidas em confidencialidade. Os resultados não serão analisados individualmente, mas sim em termos gerais, juntamente com as respostas dos outros participantes.

O questionário demora entre 10 e 15 minutos a ser preenchido. A sua participação nesta investigação é voluntária. Tem o direito de se retirar em qualquer momento durante o estudo, por qualquer razão e sem qualquer prejuízo. Se desejar entrar em contacto com um dos Investigadores Principais do estudo para discutir algo relacionado com esta investigação, envie um e-mail para Rita Francisco (ritafrancisco@ucp.pt), Renato Pessoa dos Santos (santos.recp@mail.exercito.pt) ou Emília Guiraguira (arsheless@gmail.com).

Ao clicar no botão abaixo, reconhece que a sua participação no estudo é voluntária, que tem pelo menos 18 anos de idade e que tem conhecimento que pode escolher terminar a sua participação neste estudo em qualquer momento e por qualquer razão.

- Dou o meu consentimento, iniciar o estudo
- Não dou o meu consentimento, não desejo participar

Anexo B

Questionário Sociodemográfico

Q2 Sexo

▼ Masculino ... Feminino

Q3 Idade

Q4 Estado civil

▼ Solteiro(a) ... Viúvo(a)

Q5 Curso que frequenta atualmente

Q6 Grau

▼ Licenciatura ... Doutorado

Q7 Ano que frequenta atualmente

Q8 Universidade/Unidade de Ensino
(Exemplo: Universidade Católica/Faculdade de Ciências Humanas)

Q9 Qual a sua média de entrada na Universidade?

Q10 Qual a sua situação atual perante a profissão?

- Estudante a tempo inteiro
- Estudante com atividade profissional a tempo inteiro
- Estudante com atividade profissional a tempo parcial regular
- Estudante a tempo inteiro com uma atividade profissional esporádica

Q11 Encontra-se atualmente deslocado da sua residência habitual?

▼ Não ... Sim

Q12 Qual a sua zona de residência habitual?

- Norte
- Centro
- Grande Lisboa
- Alentejo
- Algarve
- Arquipélago dos Açores
- Arquipélago da Madeira
- Outra. Qual? _____

Q13 Com quem vive atualmente (durante o período letivo)?

Q14 Qual o nível de escolaridade da sua mãe?

▼ 4º ano ... Não sei/não se aplica

Q15 Qual o nível de escolaridade do seu pai?

▼ 4º ano ... Não sei/não se aplica

Q16 Comparando com as pessoas da sua idade, como avalia a sua saúde?

▼ Péssima ... Excelente

Q17 Como avalia o seu estilo de vida desde que entrou para a universidade?

▼ Muito menos saudável ... Muito mais saudável

Q18 Como avalia a sua qualidade de vida?

▼ Muito má ... Muito boa

Q20 Em que medida considera que tem uma alimentação saudável?

▼ Muito pouco saudável ... Muito saudável

Q25 Quantas horas em média dorme por noite?

Q26 Sofre de alguma doença crónica (física ou mental) diagnosticada por um médico?

Não

Sim. Qual/quais? _____

Q29 Dados antropométricos

Peso (aproximado), em KG _____

Altura, em metros _____

Health Literacy Survey-16 (The HLS-EU Consortium, 2012; versão portuguesa Pedro et al., 2019)

Numa escala de "muito difícil" a "muito fácil, qual o grau de dificuldade que sente a ...

	Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito fácil	Não sei
1. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?

10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?

15. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?

16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?

Questionário "Estilo de Vida Fantástico" (EVF) (Lange & Vio, 2006; versão portuguesa Silva, Brito & Amado, 2011)

Como é o meu estilo de vida?

Preencha a grelha considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considere mais correta).

Q39 Família e amigos

	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dou e recebo carinho/afetos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q40 Atividade física/Associativismo

Sou membro de um grupo comunitário e participo nas atividades ativamente:

Quase sempre

Às vezes

Quase nunca

Quase nunca

Q42 Nutrição

Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente:

Todos os dias

Às vezes

Quase nunca

Mais de 8 Kg

Q45 Tabaco

Eu fumo cigarros:

- Não, nos últimos 5 anos
- Não, no último ano
- Sim, este ano
-

Q46 Geralmente quantos cigarros fumo por dia:

- Nenhum
- 1 a 10 cigarros por dia
- Mais de 10 cigarros por dia
-

Q47 **Álcool e outras drogas**

1 UBP = 1 bebida fermentada (ex. cerveja)

2 UBP = 1 bebida destilada (ex. gin)

A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:

▼ 0 a 7 bebidas ... Mais de 12 bebidas

Q48

	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente
Bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q51 Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína (ex. Redbull):

- Menos de 3 vezes por dia
 - 3 a 6 vezes por dia
 - Mais de 6 vezes por dia
-

Q52 Sono e stress

	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca
Durmo bem e sinto-me descansado(a):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q53 Trabalho/Tipo de personalidade

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente
Sinto que ando acelerado(a) e/ou atarefado(a):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me aborrecido(a) e/ou agressivo(a):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q55 Introspecção

Sou uma pessoa optimista e positiva:

- Quase sempre
 - Às vezes
 - Quase nunca
-

Q56

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente
Sinto-me tenso(a) e/ou oprimido(a):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me triste e/ou deprimido(a):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q57 Comportamentos de saúde e sexual

	Sempre	Às vezes	Quase nunca
Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q59 Outros comportamentos

	Sempre	Às vezes	Quase nunca
Como condutor(a) [ou futuro(a) condutor(a)] respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, uso de telemóvel, etc.):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E-Literacia em Saúde (Norman & Skinner, 2006; versão portuguesa Tomás et al., 2014).

Gostaríamos de conhecer a sua opinião e experiência no uso da internet para aceder a informação sobre saúde. Para cada afirmação, diga-nos qual a resposta que melhor reflete a sua opinião e experiência neste momento.

Q32 1. Até que ponto considera que a internet é **útil** para o/a ajudar a tomar decisões sobre a sua saúde?

- Absolutamente inútil
 - Inútil
 - Não tenho a certeza
 - Útil
 - Muito útil
-

Q34 Para as questões que se seguem, responda de acordo com a sua experiência, utilizando uma escala de "discordo totalmente" a "concordo totalmente".

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
5. Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sei como usar a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na internet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala de Florescimento (EF) (Diener & Biswas-Diener, 2009; versão portuguesa de Raposo, Sesifredo & Francisco, 2018).

Abaixo estão 8 afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Usando a escala de 1 a 7, indique a sua concordância com cada item.

	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Discordo ligeiramente (3)	Nem concordo nem discordo (4)	Concordo ligeiramente (5)	Concordo (6)	Concordo fortemente (7)
Eu levo uma vida com propósito e significado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As minhas relações sociais são apoiantes e recompensadoras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou otimista acerca do meu futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas respeitam-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionário Redes sociais

Com estas questões gostaríamos de conhecer a utilização que faz atualmente das Redes Sociais (e.g., WhatsApp, Instagram).

Utiliza redes sociais atualmente?

Sim

Não

Q36 1. Quais as redes sociais que utiliza atualmente? (Pode escolher mais do que uma opção)

Facebook

Instagram

Twitter

WhatsApp

Messenger

Youtube

LinkedIn

Outra(s). Qual/quais?

Q37 2. Qual a rede social que utiliza com mais frequência?

- Facebook
 - Instagram
 - Twitter
 - WhatsApp
 - Messenger
 - Youtube
 - LinkedIn
 - Outra. Qual? _____
-

Q38 3. A quantas pessoas, aproximadamente, está conectado(a) nas redes sociais?

- Facebook _____
 - Instagram (nº de pessoas que segue)

 - Twitter _____
 - WhatsApp _____
 - Messenger _____
 - Youtube _____
 - LinkedIn _____
-

Q39 4. As pessoas com quem está conectado(a) nas redes sociais são, maioritariamente:

Familiares

Amigos

Colegas

Desconhecidos

Outras. Quem? _____

Q40 5. Com quantas pessoas, aproximadamente, comunica frequentemente através das redes sociais?

Q41 6. Com que frequência utiliza as redes sociais?

▼ Menos de 1 vez por semana ... Todos os dias

Q42 7. Se utiliza as redes sociais todos os dias da semana, quantas horas utiliza por dia, considerando todas as redes sociais (e.g., WhatsApp, Instagram)?

▼ Até 30 minutos por dia ... Mais de 15 horas por dia

Q43 8. Qual/quais a(s) principal/principais finalidade(s) com que utiliza as redes sociais?
Ordene por ordem decrescente de importância (a principal em primeiro lugar)

- Adquirir conhecimentos
 - Partilhar dados multimédia (ex. fotos, vídeos)
 - Pesquisar sobre saúde/doenças
 - Ler notícias
 - Ouvir música/ver vídeos
 - Divertir-se (ex. jogar)
 - Namorar
 - Comunicar com amigos
 - Comunicar com familiares
 - Observar os outros (ex. visitar páginas de amigos)
 - Outra. Qual?
-

Q44 9. Qual/quais o(s) contexto(s) em que utiliza maioritariamente as redes sociais?
Ordene por ordem decrescente de importância (o principal em primeiro lugar)

- Casa
- Universidade
- Trabalho
- Biblioteca
- Espaços de convívio (ex. cafés)
- Espaços de Internet
- Em mobilidade
- Outro contexto. Qual?